

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ТАЛАЛАЄВ КОСТЯНТИН ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 614.2-058:616.9

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ
МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА
СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань : 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 К.О. Талалаєв

Науковий консультант:

Гойдик Віктор Степанович,

доктор медичних наук, професор

Одеса – 2020

АНОТАЦІЯ

Талалаєв К. О. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – Охорона здоров'я) – Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2020. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2021.

Дисертація присвячена новому вирішенню проблеми інфекцій, що мають соціальне значення, – ВІЛ/СНІД, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, хронічних вірусних гепатитів В і С – шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (СЗІЗ).

Дисертація ґрунтується на результатах власного наукового дослідження, рекомендаціях міжнародних експертів, вітчизняних законодавчих і нормативних вимогах, положеннях доказового менеджменту. Дослідження проводилося впродовж 2006–2018 років в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях, які за рівнями захворюваності й поширеності на СЗІЗ стабільно займають провідні місця серед регіонів України та які мають певні спільні соціально-демографічні та економіко-географічні характеристики.

Встановлено, що безробіття, урбанізація, активна міграція та соціально ризикована поведінка населення призвели до стрімкого розповсюдження зазначених хвороб в Україні: за даними МОЗ, захворюваність на СНІД зросла з 19,8 у 2015 р. до 21,9 у 2017 р. на 100 тис. нас., а смертність, спричинена СНІД, – з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас.; у 2018 р. кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 62,3 на 100 тис. нас. Захворюваність на вірусний гепатит В у 2013 р. дорівнювала 6,5 на 100 тис. нас. при середньоєвропейських показниках 5,3 на 100 тис. нас.

Зокрема, індикатори захворюваності на ВІЛ щороку перевищували (у рази) аналогічні по країні в: Миколаївській області – у 2,2; Одеській – у 2,1; Херсонській – у 1,3. Такі ж тенденції простежувались стосовно захворюваності на туберкульоз, а найнесприятливішою залишалась епідемічна ситуація в Одеській області, де впродовж 2011-2018 рр. захворюваність на цю інфекцію зросла на 30,3 %. Найвищий рівень захворюваності на вірусний гепатит В в Україні впродовж 2006-2018 років спостерігався в Миколаївській області – 9,2-13,8 на 100 тис. нас.

Актуальність проблеми значно підсилювалася зростанням захворюваності на коінфекції туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/ПСП, ВІЛ/вірусні гепатити В і С, а також розвитком мультирезистентності збудників. Зокрема, інтенсивний показник захворюваності на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ в Україні підвищився протягом 2011-2017 років на 21,0 %.

Результати проведеного автором дослідження переконливо засвідчили суттєві функціонально-організаційні недоліки в діючій системі надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ. Доведено, що мав місце брак фінансування державних цільових соціальних програм за рахунок коштів державного, обласного й місцевих бюджетів. По завершенні програм захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД дорівнювала в Миколаївській, Одеській, Херсонській областях відповідно 74,9; 109,2; 48,4 на 100 тис. нас., на вперше діагностований туберкульоз – відповідно 57,5; 115,2; 65,3 на 100 тис. нас.; на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ – відповідно 14,4; 52,6; 11,9 на 100 тис. нас., що перевищувало середні показники по галузі. Показник інфікування ВІЛ при передачі від матері до дитини складав у Миколаївській області – 3,59-4,3 %, Одеській – 4,6 %, Херсонській – 3,3 % при програмному показникові 1,0 %, охоплення профілактичними програмами осіб з груп ризику не досягало програмного показника 80,0 %. Обстеження на маркери вірусних гепатитів В і С груп підвищеного ризику за бюджетні кошти не проводились.

Незважаючи на упорядкування ліжкового фонду профільних закладів охорони здоров'я, їх матеріально-технічне забезпечення потребувало оновлення

та доукомплектування відповідно до табелів оснащення, зберігалися надмірна кількість ліжок у порівнянні з потребами населення та тривалий середній термін перебування хворого на ліжку. Інтегровані послуги хворим на СЗІЗ надавалися переважно в закладах третинної медичної допомоги; обсяги медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД, туберкульоз, особам з груп ризику в амбулаторних умовах були обмеженими, як і вільний доступ осіб, які того потребували, до АРТ; мав місце низький рівень залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до виявлення СЗІЗ.

За результатами соціологічного дослідження виявлено, що значна частина пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ПСПШ мали низький рівень задоволеності медичною допомогою за критеріями її якості: 249 (64,0±2,4 %) респондентів заявили про часткову або повну незадоволеність територіальною доступністю лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога), 210 (54,0±2,5 %) осіб – обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога; на фінансову недоступність медичної допомоги цілком або частково вказали 203 (52,2±2,5 %) пацієнти. Загалом 176 (45,2±2,5 %) опитаних не отримали очікуваної медичної допомоги.

Доведено, що згортання державних цільових соціальних програм та започаткування реформи вторинної медичної допомоги, зокрема, в частині оплати за надану медичну послугу, обумовлюють збереження фінансових ризиків щодо можливостей матеріально-технічного забезпечення профільних закладів охорони здоров'я та повного покриття вартості випадків медичної допомоги внаслідок низького обсягу витрат від ВНП на охорону здоров'я з державного бюджету. Разом з тим результати адміністративно-територіальної реформи показали зростання надходжень до бюджетів об'єднаних територіальних громад, що відкриває резерви для покращення фінансування заходів з організації надання медичної допомоги на місцевому та регіональному рівнях, зокрема, хворим на СЗІЗ.

Інноваційними елементами запропонованої моделі, додатково до діючих, визначені: в складі суб'єкту управління – органи управління об'єднаними

територіальними громадами, спроможні здійснювати фінансову підтримку місцевих цільових соціальних програм; в складі об'єкту управління – обласний центр профілактики й протидії СЗІЗ як заклад охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу та інтегровані з нею соціальні, юридичні, психологічні послуги, здійснює консультативну та організаційно-методичну підтримку надання медичної допомоги хворим в закладах охорони здоров'я вторинної та первинної медичної допомоги, сприяє безперервному професійному розвитку медичних кадрів в частині оволодіння міждисциплінарними знаннями та новими організаційними технологіями спільного ведення хворих; у складі блоку наукового регулювання – доповнення популяційних даних інформацією про клінічні випадки та використання даних про стан громадського здоров'я при прийнятті клінічних рішень.

Результати впровадження моделі на регіональному рівні (в Одеській області) засвідчили її медичну, соціальну та економічну ефективність: потужність високоспеціалізованого ліжкового фонду зменшена на 40,4 %, тривалість перебування хворого на туберкульозному ліжку скоротилася з 232-90 до 34 днів, а рівень госпіталізації – на 25,0 %; чисельність адміністративного персоналу зменшена на 25,1 %. Вартість лікування одного хворого у стаціонарі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» складала 9373,12 грн при тарифі НСЗУ 20663,00 грн. Прихильність до лікування мала місце у 94,0 % хворих. Висококваліфіковані експерти оцінили запропоновану модель за 5-бальною шкалою у $4,6 \pm 0,6$ - $4,8 \pm 0,5$ балів, в залежності від елементів, що з урахуванням медичної, соціальної та економічної ефективності дозволяє рекомендувати її для впровадження в інших регіонах України.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні, інноваційними елементами якої,

додатково до чинних, запропоновані в складі: суб'єкта управління – органи управління об'єднаними територіальними громадами (ОТГ), спроможні забезпечувати фінансування місцевих соціальних програм; об'єкта управління – обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ, який за функціями та структурою орієнтований на задоволення потреб пацієнтів у інтегрованій міждисциплінарній медичній допомозі; у складі блоку наукового регулювання – взаємний обмін інформацією між регіональним центром громадського здоров'я (РЦГЗ) та обласним/регіональним центром профілактики й протидії СЗІЗ, що доповнює дані про стан здоров'я населення регіону та може бути використано при прийнятті клінічних рішень;

- обґрунтовано закономірності функціонально-структурних перетворень в мережі закладів охорони здоров'я, що надають третинну медичну допомогу хворим на СЗІЗ, обумовлені змінами нозологічної структури з переважанням коінфекцій і потребами хворих у якісній медичній допомозі, та механізми змін шляхом об'єднання (злиття) та оперативного переміщення ресурсів відокремлених монопрофільних високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я до більш ефективної організаційної структури;

- доповнено наукові дані про детермінацію рівнів захворюваності, поширеності та смертності від СЗІЗ факторами ризику їхнього розвитку;

- досліджені тренди захворюваності, поширеності й смертності населення з причин, пов'язаних із СЗІЗ, в регіонах дослідження на короткострокову перспективу.

Удосконалено:

- організаційні підходи до інтеграції послуг, міждисциплінарної взаємодії професіоналів та децентралізації медичної допомоги хворим на СЗІЗ на основі принципу пацієнт-орієнтованості;

- методичні підходи до розробки та структурування державних, регіональних, місцевих соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на основі принципу подібності: характеристик епідемічного процесу; груп ризику населення; заходів з профілактики, діагностики та лікування;

- підходи до фінансового забезпечення соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на регіональному та місцевому рівнях управління за рахунок бюджетних коштів та коштів об'єднаних територіальних громад на основі принципів пріоритетності, соціальної та економічної відповідальності.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до медико-статистичного прогнозування перебігу епідемічного процесу (на прикладі соціально значущих інфекційних захворювань) з урахуванням причинно-наслідкового впливу факторів ризику його розвитку.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про систему охорони здоров'я населення, зокрема, організацію надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для *розробки* концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, *впровадження* її елементів в практику діяльності органів управління та закладів охорони здоров'я Одеської області (усього 31 заклад) та можуть бути впроваджені в системах охорони здоров'я інших регіонів України. Результати дослідження використані:

а) *на державному рівні:*

- у пропозиціях до проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII;

б) *на регіональному рівні:*

- при розробці Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 р. № 279-V11;

- при створенні комунального некомерційного підприємства (КНП) «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної

ради», затвердженого рішенням Одеської обласної ради від 16 червня 2017 р. № 429-VII;

в) на місцевому рівні:

- при підготовці Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Odesa») на 2018-2020 роки, затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06 червня.2018р.

Ключові слова: соціально значущі інфекційні захворювання, концептуальна модель, система надання медичної допомоги.

ANNOTATION

Talalayev K. O. Medico-social substantiation of the conceptual model of the system of medical care for patients with socially significant infectious diseases. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation is presented for the scientific degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.02.03 "Social Medicine" (field of knowledge: 22 - Health). - Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, 2020. P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2021.

The dissertation is devoted to new solution of the problem of social significance infections – HIV/AIDS, tuberculosis, sexually transmitted infections, chronic viral hepatitis B and C – through medical and social substantiation, development and implementation of a conceptual functional and organizational model of medical care for patients with socially significant infectious diseases (SSID).

The dissertation is based on the results of own research, recommendations of international experts, domestic legal and regulatory requirements, provisions of evidence management. The study was conducted during 2006–2018 in Mykolayiv, Odesa, and Kherson regions, which consistently occupy leading positions among the regions of Ukraine in terms of morbidity and prevalence at SSID and which have certain common socio-demographic and economic-geographical characteristics.

It was found out that unemployment, urbanization, active migration and socially risky behavior of the population have led to the rapid spread of these diseases in Ukraine: according to the Ministry of Health of Ukraine, the incidence of AIDS increased from 19.8 in 2015 to 21.9 in 2017 per 100 thousand people., and mortality caused by AIDS – from 7.1 to 7.7 per 100 thousand people; in 2018, the number of newly registered tuberculosis diseases, including its recurrence, was 62.3 per 100 thousand people. The incidence of viral hepatitis B in 2013 was 6.5 per 100 thousand people. with the European average of 5.3 per 100 thousand people.

In particular, indicators of HIV incidence annually exceeded (in times) similar across the country in: the Nikolaev area – in 2,2; Odessa – in 2.1; Kherson – in 1.3. The same trends were observed with regard to the incidence of tuberculosis, and the most unfavorable was the epidemic situation in the Odessa region, where during 2011-2018 the incidence of this infection increased by 30.3 %. The highest incidence of viral hepatitis B in Ukraine during 2006-2018 was observed in the Nikolaev area – 9,2-13,8 on 100 thousand us.

The urgency of the problem was significantly exacerbated by the growing incidence of co-infection with tuberculosis/HIV, HIV/STIs, HIV/viral hepatitis B and C, as well as the development of multidrug resistance. In particular, the intensive incidence rate of tuberculosis/HIV co-infection in Ukraine increased by 21.0 % during 2011-2017.

The results of the study conducted by the author convincingly demonstrated significant functional and organizational shortcomings in the current system of medical care for patients with SSID. It is proved that there was a lack of funding for state targeted social programs from the state, regional and local budgets. Upon completion of the programs, the incidence of HIV/AIDS in Mykolayiv, Odesa, and Kherson regions was 74.9, respectively; 109.2; 48.4 per 100 thousand people, for the first diagnosed tuberculosis – respectively 57.5; 115.2; 65.3 per 100 thousand inhabitants; for co-infection with tuberculosis/HIV – 14.4, respectively; 52.6; 11.9 per 100 thousand people, which exceeded the industry average. The rate of HIV infection during mother-to-child transmission was in the Mykolayiv region – 3.59-4.3 %,

Odessa – 4.6 %, Kherson – 3.3 % with a program rate of 1.0 %, coverage by prevention programs of persons from groups the risk did not reach the program rate of 80.0%. Examinations for markers of viral hepatitis B and C high-risk groups were not conducted at the expense of the state budget.

Despite the streamlining of the bed stock of specialized health care facilities, their logistics needed to be updated and replenished in accordance with the equipment table, the number of beds was maintained compared to the needs of the population and the long average length of stay in bed. Integrated services to patients with socially significant infectious diseases were provided mainly in tertiary care facilities; the volume of medical care for HIV-infected, AIDS, tuberculosis, persons at risk in outpatient settings was limited, as well as free access of people in need to antiretroviral therapy; there was a low level of involvement of general practitioners-family doctors in the detection of SSID.

According to the results of a sociological study, a significant proportion of patients with HIV/ STIs co-infection had a low level of satisfaction with medical care in terms of its quality: 249 (64.0 ± 2.4 %) respondents reported partial or complete dissatisfaction with the territorial availability of doctors. specialist (dermatovenerologist), 210 (54.0 ± 2.5 %) persons - the amount of information received from a dermatovenerologist; 203 (52.2 ± 2.5 %) patients indicated full or partial financial unavailability of medical care. A total of 176 (45.2 ± 2.5 %) respondents did not receive the expected medical care.

It has been proved that the curtailment of state targeted social programs and the initiation of secondary health care reform, in particular, in terms of payment for medical services, lead to the preservation of financial risks regarding the logistics of specialized health care facilities and full coverage of health care due to low health care. the amount of expenditures from gross domestic product on health care from the state budget. At the same time, as a result of the administrative-territorial reform, the budgets of the united territorial communities have increased, which opens up reserves for improving the financing of measures to organize the provision of medical care at the local and regional levels, in particular for patients with SSID.

Innovative elements of the proposed model, in addition to the existing ones, are defined: as a part of the subject of management – management departments of united territorial communities, capable to carry out financial support of local target social programs; as a part of the object of management – the regional center of prevention and counteraction of SSID as the health care institution providing tertiary medical care and the social, legal, psychological services integrated with it, carries out consultative and organizational and methodical support of medical care to patients in protection institutions health of secondary and primary health care, promotes continuous professional development of medical staff in terms of mastering interdisciplinary knowledge and new organizational technologies of joint management of patients; as part of the scientific regulation unit – supplementing population data with information on clinical cases and the use of data on the state of public health in making clinical decisions.

The results of the model implementation at the regional level (in Odesa region) proved its medical, social and economic efficiency: the capacity of the highly specialized bed stock was reduced by 40.4 %, the length of stay in a tuberculosis bed was reduced from 232-90 to 34 days, and the hospitalization rate was reduced. at 25.0 %; the number of administrative staff was reduced by 25.1 %. The cost of treatment of one patient in the hospital of the Odessa Regional Center for Socially Significant Diseases of the Odessa Regional Council was UAH 9,373.12 at the rate of National Health Service of Ukraine UAH 20,663.00. Adherence to treatment occurred in 94.0% of patients. Highly qualified experts evaluated the proposed model on a 5-point scale of 4.6 ± 0.6 - 4.8 ± 0.5 points, depending on the elements, which, taking into account medical, social and economic efficiency, allows to recommend it for implementation in other regions of Ukraine.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine:

- medical and social substantiation of the conceptual functional and organizational model of the system of medical care for patients with SSID at the regional level, innovative elements of which, in addition to the current ones, are proposed as part of the: subject of management – management departments of united

territorial communities; object of management – regional center for prevention and counteraction of SSID; as a part of the block of scientific regulation - mutual exchange of information between the Regional center of public health and the regional center of prevention and counteraction to SSID;

- justification of functional and structural transformations regularities in the network of health care institutions providing tertiary care to patients with SSID, due to changes in the nosological structure of SSID with the predominance of co-infections and patients' needs for quality care, as well as the mechanisms (change merger) and prompt transfer of resources of separate mono-profile highly specialized health care institutions to a more efficient organizational structure;

- supplemented scientific data on the determination of morbidity, prevalence and mortality from SSID by risk factors for their development;

- the short-term trends in morbidity, prevalence and mortality of the population due to SSID causes have been studied.

Improved:

- organizational approaches to the integration of services, interdisciplinary interaction of professionals and decentralization of medical care for patients with PHC based on the principle of patient-orientation;

- methodical approaches to development and structuring of the state, regional, local social programs of prevention and counteraction to SSID;

- approaches to the financial support of social programs for prevention and counteraction of SSID at the regional and local levels of government at the expense of budget funds and funds of united territorial communities.

Scientific and methodological approaches to medical and statistical forecasting of the epidemic process (on the example of SSID) taking into account the causal influence of risk factors for its development have been further developed.

The practical significance of the results of the study is that they became the basis for the development of a conceptual functional and organizational model of the system of medical care for patients with SSID and its elements in the practice of government and health care institutions of Odessa region (31 institutions).

The results of the study were used:

a) *at the state level:*

- in the proposals to the draft National Targeted Social Program for Combating HIV/AIDS for 2014-2018, approved by the Law of Ukraine of October 20, 2014 № 1708-VII;

b) *at the regional level:*

- in the development of the Strategy for reforming the system of medical care for patients with tuberculosis and HIV infection, approved by the decision of the session of the Odessa Regional Council of December 23, 2016 № 279-V11;

- at creation of the municipal non-profit enterprise "Odessa regional center of socially significant diseases" of the Odessa regional council", approved by the decision of the Odessa regional council from June 16, 2017 № 429-VII;

c) *at the local level:*

- in preparation of the City Target Program for Combating HIV/AIDS, Tuberculosis, Hepatitis and Drug Addiction in the city of Odessa "Fast-Track Odessa" ("Fast-Track Odessa") for 2018-2020, approved by the decision of the Odessa City Council № 3320-VII dated June 06, 2018.

Key words: socially significant infectious diseases, conceptual model, medical care system.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Низова Н. М., Талалаев К. А., Миронюк И. С. Роль первичного звена медико-санитарной помощи населению в системе противодействия ВИЧ-инфекции половым путем в Украине. *Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2013. № 4. С. 7–13. (Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).

2. Талалаєв К. О. Предиктивна медицина – виклики і досягнення. *Одеський медичний журнал*. 2016. № 4. С 69–74.
3. Талалаєв К. О. Від лікувальної допомоги до предиктивної медицини. Ознаки розвороту тренду. *Вісник морської медицини*. 2016. № 4. С. 7–11.
4. Талалаєв К. О. Предикція в українській медицині – сучасний інструмент покращення якості життя громадян (огляд літератури). *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 21. С. 171–177. DOI: 10.24061/2413-0737.XXI.4.84.2017.139.
5. Талалаєв К. О., Бабенко В. А., Пучкова Г. В. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект. *Одеський медичний журнал*. 2017. № 6. С. 63–67. (Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).
6. Чатковская-Цыбуля В. А., Шухтина И. Н., Гойдык В. С., Шухтин В. В., Скнаръ В. Н., Талалаев К. А. Оценка психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных женщин. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2018. № 2. С. 64–71. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз матеріалів про психоемоційний стан пацієнток із ВІЛ/СНІДом, формулювання висновків та підготовка статі до друку).
7. Козишкерт О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., Лебедюк М. М., Савчук А. І. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. № 3. С. 62–67. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).
8. Talalayev K. A., Kozishkurt E. V. Registration of acute viral hepatitis – an “Iceberg phenomenon”. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018. Vol. 8, № 5. P. 390–398. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3726209> (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

9. Козишкурт О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., та ін. Сучасні етіологічні та епідеміологічні риси гострих вірусних уражень печінки. *Вісник морської медицини*. 2018. №3. С. 45–56. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

10. Талалаєв К. О., Козишкурт О. В., Лебедюк М. М. та ін. Проблемні питання епідемічного процесу деяких соціально небезпечних хвороб в Одеській області. *Одеський медичний журнал*. 2018. № 4. С. 5–11. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

11. Талалаєв К. О. Державна політика України в галузі організації охорони здоров'я щодо попередження соціальних і хронічних хвороб. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 1. С. 5–16.

12. Талалаєв К. О. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом). *Вісник морської медицини*. 2019. № 1. С. 6–13.

13. Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.). *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2019. № 3. С. 27–35. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

14. Талалаєв К. О. Прогнозно-аналітичні дослідження – сучасний інструмент математичного моделювання закономірностей процесів розповсюдження соціально небезпечних інфекційних захворювань в Причорноморському регіоні України. *Science of Europe*. 2019. Vol. 1, N 41. P. 27–29.

15. Талалаєв К. О. Організація системи охорони здоров'я стосовно попередження соціальних і хронічних хвороб в Україні. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2019. № 7. P. 22–26.

16. Талалаєв К. О. Порівняльний аналіз ефективності впровадження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ/СНІДу в Одеській, Херсонській та Миколаївській областях у 2014-2018 рр. *The scientific heritage*. 2019. № 37. Р. 23–27.

17. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. N 27. P. 19–21.

18. Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С. та ін. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 10–22. *(Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

19. Талалаєв К. О. Актуальні питання удосконалення системи протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *Інтегративна антропология*. 2019. № 1. С. 4–14.

20. Талалаєв К. О., Вастьянов Р. С., Гойдик В. С. та ін. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки. *Вісник морської медицини*. 2019. № 3. С. 13–21. *(Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

21. Talalayev K., Kozishkurt O., Golubyatnikov N. The justification of the necessity of integrated medical help for patients with diseases of social significance (based on results of the target group survey). *Georgian Medical News*. 2019. № 7–8. P. 32–38. *(Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

22. Талалаєв К.О. Соціальні та економічні наслідки, спричинені ВІЛ-інфекцією. *Polish Journal of Science*. 2019. Vol. 1, № 20. P. 8–11.

23. Talalayev K.O., Houdyk V. S., Vastyanov R. S., Todorova A. V. HIV/AIDS Statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in

the Black Sea region of Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 7. P. 805–820. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, соціологічний аналіз, математична обробка отриманих результатів, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

24. Talalayev K. O., Vastyanov R. S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 10. P. 291–298. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

25. Талалаєв К.О. Вірусний гепатит В в Одеській області. 30-річний екскурс в проблему соціально значущих інфекційних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 6. С. 4–9.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Талалаєв К. А., Грибова Е. П. Влияние на стигму и дискриминацию в отношении людей, живущих с ВИЧ, проявляемые со стороны медицинских и социальных работников. *Материалы IV научно-практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии*, 12-13 мая, 2014 г., г. Москва. С. 202. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

2. Талалаєв К. О. Формирование ответа общества на потребности подростков в сфере защиты их прав на репродуктивное и сексуальное здоровье. *Buletin de perinatologie*. Chişinău. 2014. № 4. P. 72–73.

3. Talalayev K. Opportunities of family medicine in the predictive direction. (*Congresul Societatii Nationale de Medicina Familiei*). Матеріали Конгресу Національного товариства сімейної медицини, 26–29 жовтня 2016 р., м. Яси. С. 32–33.

4. Talalayev K. Forthcoming medicine opportunities based on the predictive direction. (*Nadchodzące możliwości medycyny w oparciu o kierunku uzupełniania. II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego*). Матеріали II міжнародного конгресу Польського товариства охорони здоров'я, 24–25 листопаду 2016 р., м. Вроцлав. С. 171–172.

5. Талалаєв К. О. Предиктивная медицина – перспективная составляющая комплекса качественных медицинских услуг периода детского и подросткового возраста. *Buletin de perinatologie*. Chişinău. 2016. № 3. Р. 114–115.

6. Талалаєв К. О. Предикція – перспективна складова частина сучасної системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. С. 347–348.

7. Талалаєв К. О., Тверезовський М. В. Біоетичні аспекти застосування технології предикції в медицині. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти»*, присвяченої 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 147–148. (*Дисертанту належать ідея написання статті, формулювання концепції предикції в медицині, формулювання висновків та підготовка статі до друку*).

8. Тверезовський М. В., Талалаєв К. О. Вакцинація громадян – запорука біобезпеки держави. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти»*, присвяченої 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 151–153. (*Дисертанту належать ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статі до друку*).

9. Павелко І. І., Талалаєв К. О., Тверезовський М. В. Турбота про здоров'я особистості – сучасний напрямок превентивної педагогічної ідеї. (*International Scientific Conference «Modern Methodology of Science and Education»*). Матеріали міжнародної наукової конференції «Сучасна методологія науки та освіти», 18 вересня, м. Варшава, 2017. Vol.4. Р. 68–72. (*Дисертанту належать ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статі до друку*).

10. Талалаєв К. О. Удосконалення напрямку протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *«Наука та інформація»: Альманах науки*. 2019. № 8. С. 24–26 (Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, 30-31 липня 2019 р., м. Київ).

11. Talalayev K. State policy in terms of social and chronic diseases prevention in Ukraine. (*XIV International Scientific and Practical Conference «International trends in Science and technology. Modern Methodology of Science and Education»*). Матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції «Міжнародні тенденції в галузі науки та техніки. Сучасна методологія науки та освіти», 31 серпня, 2019 р., м. Варшава. Т. 2. С. 8–10.

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	23
ВСТУП	25
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ТА ЕКОНОМІЧНА ПРОБЛЕМА (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)	36
1.1. Загальна характеристика соціально значущих інфекційних захворювань	36
1.2. Вплив соціально значущих інфекційних захворювань на здоров'я населення	39
1.2.1. ВІЛ-інфекція/СНІД	39
1.2.2. Туберкульоз	54
1.2.3. Вірусні гепатити В та С	62
1.2.4. Інфекції, що передаються статевим шляхом	68
1.3. Державна політика в сфері охорони здоров'я щодо попередження соціально значущих інфекційних захворювань	73
Висновки до розділу 1	80
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ	84
2.1. Загальна характеристика методології, програми та етапів дослідження	84
Висновки до розділу 2	95
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В МИКОЛАЇВСЬКІЙ, ОДЕСЬКІЙ ТА ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ	96
3.1. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції у 2006-2018 роках	96
3.2. Особливості епідемічної ситуації щодо туберкульозу у 2006-2018 роках	105
3.3. Епідемічна ситуація щодо вірусного гепатиту В та вірусного гепатиту С	121

3.4. Характеристики епідемічного процесу щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом	132
3.5. Вплив демографічних факторів на епідемічні процеси	140
3.5.1. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес ВІЛ-інфекції	140
3.5.2. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес туберкульозу	144
3.5.3. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес коморбідності ВІЛ/ТБ	149
3.5.4. Прогноз зміни показників захворювання на ВІЛ-інфекцію	152
3.5.5. Прогноз зміни показників захворювання на туберкульоз	158
3.5.6. Прогноз зміни показників захворювання на коінфекцію ВІЛ/ТБ	164
Висновки до розділу 3	170
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В МИКОЛАЇВСЬКІЙ, ОДЕСЬКІЙ ТА ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ У 2006-2016 РОКАХ	173
4.1. Організація профілактики та протидії соціально значущим інфекційним захворюванням програмно-цільовим методом на регіональному рівні	173
4.2. Мережа, ресурсне забезпечення та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я з виконання регіональних програм у 2006-2016 роках	185
4.2.1. Виконання регіональних програм з протидії захворюванню на туберкульоз	185
4.2.2. Результати виконання регіональних програм з профілактики та протидії захворюванню на ВІЛ-інфекцію/СНІД та хронічні вірусні гепатити	202
4.2.3. Організація медичної допомоги хворим на інфекції, що передаються статевим шляхом	213
4.3. Результати дослідження задоволеності медичною допомогою	223

хворих на СЗІЗ (на прикладі хворих на коінфекцію ВІЛ/ПСШ)	
Висновки до розділу 4	228
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	231
5.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	231
5.2. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	239
Висновки до розділу 5	255
РОЗДІЛ 6. ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	258
6.1. Впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в систему охорони здоров'я Одеської області та оцінка її медико-соціальної та економічної ефективності	258
6.2. Результати незалежної експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Одеському регіоні	265
Висновки до розділу 6	268
ВИСНОВКИ	271
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	275
ДОДАТКИ	307

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АРТ	-	антиретровірусна терапія
ВГВ	-	вірус гепатиту В
ВГС	-	вірус гепатиту С
ВДТБ	-	вперше діагностований туберкульоз
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ВНП	-	валовий національний продукт
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	-	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКУ	-	Державне казначейство України
ДКТ	-	добровільне консультування і тестування
ДПУ	-	Державна політика України
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	-	замісна підтримувальна терапія
ІКТ	-	інтеграція консультування та тестування на ВІЛ
ІП	-	інтегрований підхід
ІПСШ	-	інфекції, що передаються статевим шляхом
КМУ	-	Кабінет Міністрів України
ІСП	-	Індекс сезонного підйому
ЛЖВ	-	люди, які живуть з ВІЛ
МОНУ	-	Міністерство освіти і науки України
МПСПУ	-	Міністерство праці та соціальної політики України
МССМСУ	-	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України
МФУ	-	Міністерство фінансів України
МРТБ	-	мультирезистентний туберкульоз
ООН	-	Організація об'єднаних націй
ОЗ	-	охорона здоров'я
ОНМедУ	-	Одеський національний медичний університет
ОТГ	-	об'єднана територіальна громада

ПСК	-	показник сезонних коливань
СЗІЗ	-	соціально значущі інфекційні захворювання
Риф ТБ	-	рифампіцинорезистентний ТБ
РТБ	-	рецидив туберкульозу
ТБ	-	туберкульоз
ЦП	-	центр інтегрованих послуг
ЦГЗМОЗУ	-	Центр громадського здоров'я МОЗ України
ЦПМСД	-	центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Охорона здоров'я – сфера діяльності держави, що спрямована на організацію та забезпечення здоров'я популяції та характеризується сукупністю дій правового, наукового, медичного, соціально-політичного та економічного напрямків. Метою зазначених заходів є збереження та зміцнення здоров'я кожної людини шляхом підтримки здорового способу життя, а також медичної допомоги хворим. Проблематика охорони здоров'я знаходить своє відображення в офіційних публікаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1], у національних [2] та зарубіжних нормативних документах [3].

Актуальність теми дослідження. Глобальні економічні, соціальні та політичні зміни в світі призвели до суттєвого зростання кількості хворих на соціально значущі захворювання. Серед них виокремлюють інфекційні хвороби: туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом (сифіліс і гонорея), вірусні гепатити В і С (М. Marmot, 2005; І. І. Хожило, 2009; Т. А. Сергєєва, Ю. В. Круглов, О. В. Максименок та ін., 2016; О. В. Лучинська, 2017; С. І. Бояркіна, 2019).

Соціально значущі інфекційні захворювання (СЗІЗ) становлять чималу загрозу національній безпеці, оскільки швидко поширюються в популяції, епідемічний процес відрізняється високим рівнем активності та підтримується соціальними факторами (міграцією, девіантною поведінкою населення, безпритульністю, злиднями, військовими конфліктами тощо). Як наслідок, ці захворювання вимагають значних витрат на ліквідацію їх наслідків, масову профілактику, лікування й реабілітацію хворих, а отже, обумовлюють значне навантаження на системи охорони здоров'я, стають перешкодою на шляху розвитку економік країн (К. Zaman, 2010; Ph.Glaziou et al., 2015; A. MacNeil et al., 2019).

Європейська політика та стратегія ВООЗ для 21 століття «Здоров'я 2020» спрямувала окрему стратегію на такі важливі інфекційні захворювання, як туберкульоз і ВІЛ-інфекція, що передбачає повний контроль за їх

захворюваністю й поширеністю в популяції та забезпечення доступу хворих до послуг охорони здоров'я (ВООЗ, 2013; В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, 2016).

Високий ступінь розробки питань трансформації сфери охорони здоров'я України, інтеграції послуг, розвитку комунікацій та інформаційного забезпечення, підвищення якості медичної допомоги простежується в публікаціях провідних українських соціал-гігієністів сучасності Ю. В. Вороненко, 2016; В. М. Лехан, 2016, 2018; Г. О. Слабкий, 2015; А. В. Степаненко, 2015; В. А. Піщиков, 2015; В. Д. Парій, 2016, 2018; О. З. Децик, 2017; В. М. Михальчук, 2018; В. В. Горачук, 2015, 2019). Результати їх системних досліджень слугують основою для запровадження інноваційних моделей організації медичної допомоги прикладного характеру, зокрема, хворим на соціально значущі інфекційні захворювання, епідемічна ситуація з яких в Україні залишається вкрай небезпечною.

За даними МОЗ України (2018), захворюваність на СНІД зросла з 19,8 у 2015 р. до 21,9 у 2017 р. на 100 тис. нас., а смертність, спричинена СНІД, – з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас.; у 2018 р. кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 62,3 на 100 тис. нас.; інтенсивний показник захворюваності на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ підвищився протягом 2011-2017 рр. на 21,0 %.

Зокрема, індикатори захворюваності на ВІЛ щороку перевищували (у рази) аналогічні по країні в: Миколаївській області – у 2,2; Одеській – у 2,1; Херсонській – у 1,3. Такі ж тенденції простежувались стосовно захворюваності на туберкульоз, а найнесприятливішою залишалась епідемічна ситуація в Одеській області, де впродовж 2011-2018 рр. захворюваність на цю інфекцію зросла на 30,3 %.

Захворюваність в Україні на вірусний гепатит В у 2013 р. дорівнювала 6,5 на 100 тис. нас. при середньоєвропейських показниках 5,3 на 100 тис. нас., а найвищий його рівень впродовж 2006-2018 років спостерігався в Миколаївській області – 9,2-13,8 на 100 тис. нас.

Актуальність проблеми підсилюється значим зростанням захворюваності на коінфекції туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/ПСП, ВІЛ/гепатити В і С та розвитком мультирезистентності збудників туберкульозу й ВІЛ-інфекції (В. Г. Бондаренко, А. К. Вородюхіна, М. В. Куліш, 2013; О. С. Шевченко, 2013; О. С. Шальмін та ін., 2015). За даними МОЗ України (2017), частка хворих на коінфекцію в загальній кількості осіб, які захворіли на туберкульоз (у відсотках) зросла з 15,1 % до 19,5 % за 2012-2016 рр. Найвищий рівень захворюваності в 2016 р. на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ спостерігався в Одеській області (47,9 на 100 тис. нас.), високі рівні – в Миколаївській (24,1 на 100 тис. нас.) та Херсонській (19,6 на 100 тис. нас.) областях.

Незважаючи на певні успіхи в реалізації державної політики з профілактики та протидії СЗІЗ, в системі надання медичної допомоги хворим має місце пізнє виявлення туберкульозу та коінфекцій; орієнтація на переважно стаціонарне лікування хворих; низький рівень охоплення уразливих груп населення доступними та якісними медико-соціальними послугами. Зберігається надмірна кількість туберкульозних ліжок за умов незадовільного стану інфраструктури більше 70,0 % закладів охорони здоров'я фтизіатричного профілю. Обмежений лабораторний потенціал не дозволяє задовольнити потреби населення в діагностиці гепатитів В і С.

Все вище зазначене вказує на недосконалість системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, що обумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану виконання дисертацій Одеського національного медичного університету МОЗ України, є самостійною роботою автора (державний реєстраційний номер НДДКР 0120U103522; термін виконання – липень 2020 р. – грудень 2021 р.) та за своїм напрямом дослідження відповідає темі науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права «Соціально-управлінський та економіко-правовий аспекти реформи системи охорони здоров'я в Україні на

сучасному етапі з урахуванням засад предиктивної медицини» (державний реєстраційний номер НДР 0117U004736; термін виконання січень 2017 р. – грудень 2021 р.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Досягнення визначеної мети передбачало виконання **завдань дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми СЗІЗ, факторів ризику, що їх зумовлюють, та впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я.

2. Провести комплексний ретроспективний аналіз епідемічної ситуації щодо СЗІЗ, визначити тенденції розвитку на короткострокову перспективу в Україні, зокрема, Миколаївській, Одеській і Херсонській областях.

3. Визначити вплив соціально-демографічних факторів (вікових характеристик населення, інтенсивності міграції, рівня безробіття, урбанізації) на захворюваність, поширеність, смертність населення від СЗІЗ.

4. Провести комплексний аналіз організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ за показниками виконання заходів відповідних державних соціальних програм на регіональному рівні, стану мережі профільних закладів охорони здоров'я та їхнього ресурсного забезпечення.

5. Провести соціологічне дослідження з визначення рівня задоволеності медичною допомогою хворих на СЗІЗ (на прикладі пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ПСПШ).

6. Провести медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні.

7. Впровадити елементи запропонованої моделі в чинну систему охорони здоров'я та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Об'єкт дослідження: система надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в Миколаївській, Одеській і Херсонській областях України.

Предмет дослідження: захворюваність, поширеність, смертність населення від СЗІЗ; фактори ризику СЗІЗ; організація надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в регіональній системі охорони здоров'я; державні та регіональні програми профілактики й протидії СЗІЗ; фінансове, матеріально-технічне та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ; задоволеність медичною допомогою окремих груп хворих на СЗІЗ.

Наукова база дослідження: органи управління та заклади охорони здоров'я Миколаївської, Одеської, Херсонської областей (усього 31 од.).

З метою розв'язання поставлених завдань використані такі **методи наукового дослідження:**

- *системного підходу і системного аналізу* на усіх етапах дослідження – з метою розгляду об'єкта дослідження як цілісної системи та забезпечення комплексного дослідження: функцій, структури, ресурсного забезпечення, зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язків, а також виявлення проблем, визначення закономірностей і механізмів утворення інноваційних складових запропонованої моделі;

- *бібліосемантичний* – з метою вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду профілактики та організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

- *епідеміологічний* – для оцінки динаміки рівнів захворюваності, поширеності та смертності населення від СЗІЗ, визначення впливу демографічних факторів ризику на розвиток епідемій в регіонах дослідження;

- *медико-географічний* – для обґрунтування вибору бази дослідження;

- *соціологічний* – з метою визначення рівня задоволеності медичною допомогою хворих на коінфекцію ВІЛ/ПСШ;

- *медико-статистичний* – для визначення обсягу дослідження, збору, статистичної обробки та аналізу отриманих даних; визначення трендів захворюваності, поширеності, смертності від СЗІЗ на основі аналізу динамічних

рядів; ранжування регіонів дослідження за показниками захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ (за методикою Полякова – Малинського);

- *економічного аналізу* – з метою визначення економічної ефективності результатів впровадження елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *концептуального моделювання* – з метою визначення загальних підходів до організації системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ та розробки її функціонально-організаційної моделі;

- *графічного моделювання* – для візуалізації даних із застосуванням одно- або багатовимірної графіки для опису притаманних їм властивостей;

- *організаційного експерименту* – для апробації та впровадження запропонованих інноваційних і удосконалених елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

- *експертних оцінок* – для одержання оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ незалежними висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що **вперше** в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні, інноваційними елементами якої, додатково до чинних, запропоновані в складі: суб'єкта управління – органи управління об'єднаними територіальними громадами (ОТГ), спроможні забезпечувати фінансування місцевих соціальних програм; об'єкта управління – обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ, який за функціями та структурою орієнтований на задоволення потреб пацієнтів у інтегрованій міждисциплінарній медичній допомозі; у складі блоку наукового регулювання –

взаємний обмін інформацією між регіональним центром громадського здоров'я (РЦГЗ) та обласним/регіональним центром профілактики й протидії СЗІЗ, що доповнює дані про стан здоров'я населення регіону та може бути використано при прийнятті клінічних рішень;

- обґрунтовано закономірності функціонально-структурних перетворень в мережі закладів охорони здоров'я, що надають третинну медичну допомогу хворим на СЗІЗ, обумовлені змінами нозологічної структури з переважанням коінфекцій і потребами хворих у якісній медичній допомозі, та механізми змін шляхом об'єднання (злиття) та оперативного переміщення ресурсів відокремлених монопрофільних високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я до більш ефективної організаційної структури;

- доповнено наукові дані про детермінацію рівнів захворюваності, поширеності та смертності від СЗІЗ факторами ризику їхнього розвитку;

- досліджені тренди захворюваності, поширеності й смертності населення з причин, пов'язаних із СЗІЗ, в регіонах дослідження на короткострокову перспективу.

Удосконалено:

- організаційні підходи до інтеграції послуг, міждисциплінарної взаємодії професіоналів та децентралізації медичної допомоги хворим на СЗІЗ на основі принципу пацієнт-орієнтованості;

- методичні підходи до розробки та структурування державних, регіональних, місцевих соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на основі принципу подібності: характеристик епідемічного процесу; груп ризику населення; заходів з профілактики, діагностики та лікування;

- підходи до фінансового забезпечення соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на регіональному та місцевому рівнях управління за рахунок бюджетних коштів та коштів об'єднаних територіальних громад на основі принципів пріоритетності, соціальної та економічної відповідальності.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до медико-статистичного прогнозування перебігу епідемічного процесу (на прикладі

соціально значущих інфекційних захворювань) з урахуванням причинно-наслідкового впливу факторів ризику його розвитку.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про систему охорони здоров'я населення, зокрема, організацію надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для *розробки* концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, *впровадження* її елементів в практику діяльності органів управління та закладів охорони здоров'я Одеської області (усього 31 заклад) та можуть бути впроваджені в системах охорони здоров'я інших регіонів України.

Результати дослідження використані:

а) на державному рівні:

- у пропозиціях до проєкту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 рр., затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII;

б) на регіональному рівні:

- при розробці «Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 р. № 279-VII;

- при створенні комунального некомерційного підприємства (КНП) «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», затвердженого рішенням Одеської обласної ради від 16 червня 2017 р. № 429-VII;

в) на місцевому рівні:

- при підготовці Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018 – 2020 рр., затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018 р.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

- на профільних кафедрах: Одеського національного медичного університету; Івано-Франківського національного медичного університету; Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського; Харківського національного медичного університету; Запорізького державного медичного університету; Дніпропетровської медичної академії МОЗ України; Української медичної стоматологічної академії; Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця; медичного інституту Сумського державного університету; Запорізького державного медичного університету;

- в Одеському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Херсонському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; в Херсонському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Одеському міському центрі профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом; в Одеському обласному клінічному медичному центрі; в Одеському міському протитуберкульозному диспансері; у фтизіопульмонологічному центрі Херсонської обласної ради; у фтизіопульмонологічному медичному центрі Миколаївської обласної ради; в НДІ гігієни праці та профзахворювань Харківського національного медичного університету (всього 26 актів впровадження) (додатки Б1-Б26).

Результати дослідження знайшли своє втілення у деклараційному патенті на корисну модель «Спосіб комплексної оцінки ступеня ризику інфікування збудниками соціально-небезпечних хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб» (висновок Укрпатенту від 21.08.2020 р. № 14758/ЗУ/20).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є власноруч виконаною автором кваліфікаційною науковою працею. Автор визначив напрям, мету, завдання, розробив програму дослідження; обрав методичний інструментарій для вирішення поставлених завдань, особисто провів пошук та критично проаналізував джерела наукової літератури. Дисертант власноруч

розробив анкети та провів соціологічне дослідження серед пацієнтів; здійснив викопіювання даних з обліково-звітних форм державної статистичної інформації. Дисертантом розроблено дизайн проєкту прогнозування перебігу епідемії соціально значущих інфекційних захворювань, самостійно проведено статистичну обробку первинних даних на комп'ютері із застосуванням ліцензованої програми Excel (Microsoft®) і Statistica 13.0 for Windows (StatSoft Inc®, serial number ZZS999000009906307DEMO-5), проведено систематизацію та наукову інтерпретацію отриманих результатів, за участі автора здійснено впровадження отриманих результатів в діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, зроблено ґрунтовні висновки.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладено в доповідях і тезах доповідей, представлених автором на науково-практичних форумах:

- *міжнародних*: IV конференції з питань ВІЛ/СНІДу у Східній Європі та Центральній Азії (Москва, Російська Федерація, 2014 р.); I Національній конференції із здоров'я підлітків (з міжнародною участю) (Кишинів, Молдова, 2014); Конгресі Національного товариства сімейної медицини, (Яси, Румунія, 2016 р.); II-й Національній конференції із здоров'я підлітків (з міжнародною участю) «Підвищення життєздатності – здоровий розвиток в умовах ризику» (Кишинів, Молдова, 2016); Міжнародному конгресі польського товариства громадського здоров'я (Вроцлав, Польща, 2016 р.); Міжнародній науковій конференції з сучасної методології науки та освіти (Варшава, Польща, 2017 р.); III міжнародній науково-практичній конференції «Наука та інформація» (Київ, Україна, 2019 р.); XIV міжнародній науково-практичній конференції «Міжнародні тенденції у науці та технологіях» (Варшава, Польща, 2019 р.);

- *національних*: III Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання та перспектива розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу в Україні» (Київ, 2016 р.), НПК з МУ «Актуальні питання розвитку

системи громадського здоров'я в Україні» (Ужгород, 2017 р.); двох доповідях на НПК з МУ «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти» (Харків, 2017 р).

Публікації. Матеріали дисертаційної роботи оприлюднено в 36 публікаціях, зокрема, у 25 статтях у наукових фахових виданнях (з них одноосібних – 12, у закордонних виданнях – 9, у виданні наукометричної бази Scopus – 1), 11 працях апробаційного характеру (7 доповідей на міжнародних науково-практичних конференціях, 4 – на національних).

В роботах, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає у безпосередній участі у формуванні мети та завдань, інформаційної бази даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Структура та обсяг дисертації. Робота викладена на 352 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 274 сторінки. Складається із вступу, 6 розділів власних досліджень, висновків, списку використаних джерел (265 джерел, із них кирилицею - 151, англійських – 114), містить 54 таблиці, 51 рисунок, додатки (на 45 сторінках).

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРИЮВАННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ТА ЕКОНОМІЧНА ПРОБЛЕМА (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Загальна характеристика соціально значущих інфекційних захворювань

В світі та в Україні за останні десятиліття суттєво зросла кількість хворих на соціально значущі захворювання, які вважаються чималою загрозою здоров'ю популяції та виявляються тягарем для систем ОЗ і суспільства [4].

Цілий ряд інфекцій, переважно вірусної етіології (грип, вірусні гепатити, СНІД) мають тенденцію до зростання. При скороченні темпів розповсюдження більшості відомих інфекційних захворювань в другій половині ХХ ст. зареєстровані хвороби, що пов'язані з трансформацією відомих збудників, має місце хронізація процесів, формування латентних, безсимптомних, атипових форм інфекційних уражень [5]. В багатьох країнах Європейського регіону однією з пріоритетних галузей роботи ВООЗ залишаються також нові та ті, що повертаються, інфекційні хвороби, в тому числі ВІЛ-інфекція та ТБ [6, 7].

Соціально значущі захворювання – загальна назва компонентів інфекційних та неінфекційних нозологічних груп, що мають розвиток переважно через соціальні фактори (безпритульність, злидні, війни, збільшений механічний рух населення, конфлікти на великих територіях, доступність психоактивних речовин тощо), є загрозою для значної кількості осіб, при цьому хворі потребують соціального захисту. На попередження, лікування (інколи багаторічне), реабілітаційні заходи, спричинені більшістю із зазначених захворювань, мають бути витрачені значні кошти. Вирішення проблеми може бути винайдене шляхом усунення джерел інфекцій, руйнування умов для трансмісії збудників та радикального оздоровлення соціальних стосунків [8].

До СЗІЗ відносять, серед інших, ТБ, ПСШ (сифіліс і гонорея), ВГВ та ВГС, ВІЛ/СНІД, що спричиняють важкі наслідки, навіть смерть пацієнтів. Досить часто зазначені хвороби мають латентний перебіг [9].

Деякі з інфекційних захворювань в Україні на нормативному рівні наявні одночасно в переліку:

1) небезпечних (це визначені інфекційні захворювання, що спричиняють важкі або стійкі розлади здоров'я в окремих хворих і чинять небезпеку для їх здоров'я та життя);

2) особливо небезпечних (карантинні інфекційні хвороби, в т. ч. жовта гарячка, чума, холера, з важкими або стійкими розладами здоров'я у великій кількості хворих людей, високим рівнем смертності, великою швидкістю поширення даних хвороб серед населення);

3) соціально значущих;

4) захворювань, що являють небезпеку для оточуючих [10].

У деяких країнах визначено на законодавчому рівні переліки соціально значущих і небезпечних для оточення захворювань.

Так, згідно з наказом Міністра охорони здоров'я та соціального розвитку Республіки Казахстан від 21.05.2015 № 367, яким затверджено перелік соціально значущих захворювань та захворювань, що представляють небезпеку для оточуючих, до соціально значущих інфекцій віднесені, серед інших, ВІЛ/СНІД, ТБ, вірусні гепатити В та С [11]. Відповідно до Кодексу про здоров'я народу і систему охорони здоров'я від 18.09.2009 № 193-ІV, медична допомога людям, які страждають на соціально значущі захворювання, надається в Республіці Казахстан безкоштовно.

У Російській Федерації подібний перелік соціально значущих захворювань був затверджений Постановою уряду 01.12.2004 № 715 [12], до якого віднесені ТБ, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСШ), гепатити В і С, ВІЛ/СНІД. Відповідно до Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я, громадянам, які страждають на соціально значущі захворювання і захворювання, що представляють небезпеку для інших

людей, надається медико-соціальна допомога і забезпечується диспансерне спостереження у відповідних закладах охорони здоров'я безкоштовно або на пільгових умовах.

Як зазначає Сергеева Т. А. та ін. [13], у Сполучених Штатах Америки існує перелік інфекційних захворювань, що мають певне суспільне значення, а також так звані карантинні хвороби утворюють окрему групу [14]. До групи один віднесено такі нозології, як ТБ в активній формі, проказа інфекційна, лімфогранулематоз венеричний, шанкр м'який, гранульома пахова, сифіліс інфекційний, гонорея та інші. До групи два відносять такі карантинні хвороби, як пневмонія атипова, Ебола та інші геморагічні лихоманки, холера, віспа, чума, пандемічний грип, поліомієліт, дифтерія, жовта лихоманка.

Основні ознаки соціально значущих захворювань: інфекційна небезпека для оточуючих; обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві; високий рівень поширеності епідемічного процесу; значні темпи щорічного приросту кількості хворих; ураження сексуально активних осіб; існування засобів профілактики та зупинення розвитку хвороби на початковій стадії.

Наведена група захворювань вимагає ефективних попереджувальних заходів за участю не тільки співробітників ЗОЗ, а й представників влади, освіти, громади [15]. Більшість з них потребують витрат на профілактику, лікування (інколи протягом всього життя), реабілітацію хворих, є причиною втрати працездатності, негативно впливають на якість і тривалість життя [16].

Значне розповсюдження соціально значущих захворювань протягом останнього десятиріччя призвело до колосальних збитків всьому суспільству і є фактором, який спричиняє витрати на попередження, лікування, реабілітацію та є перешкодою на шляху розвитку економіки України [17].

Здоров'я і благополуччя є ключовим фактором економічного і соціального розвитку та мають найважливіше значення в житті кожної людини, для кожної сім'ї і всіх спільнот. Нездоров'я, навпаки, веде до втрати життєвого потенціалу, спричиняє страждання людей і виснаження ресурсів у всіх секторах. Надання

людям можливостей контролювати своє здоров'я і його детермінанти сприяє розвитку спільнот і підвищенню якості життя [18].

Однією з пріоритетних складових у сфері глобальних інновацій слід вважати розвиток профілактичного напрямку медичної допомоги. В основу даного підходу мають бути покладені постулати, які змінять саму культуру і ментальність суспільства. У першу чергу, це усвідомлення відповідальності людини за своє здоров'я, активна участь населення в профілактичних заходах зі зміцнення громадського здоров'я та біобезпеки держави [19].

Для ефективного розвитку системи сучасної медицини в Україні має бути застосовано досвід дослідників, наголошуючи на важливості вивчення науки за допомогою системи принципів, інноваційних розробок нових технологій і створення спільних біологічних і інформаційних ресурсів [20].

Приймаючи до уваги відсутність єдиного прийнятного в законодавстві терміну, а також з огляду на наведений перелік різних визначень групи захворювань, які мають певні загальні риси, а саме - небезпека для популяції, висока вірогідність передачі від однієї людини до іншої та високий рівень активності епідемічного процесу, великі витрати на профілактику та лікування, значна шкода для соціально-економічного стану держав, нами в роботі застосовано термін «соціально значущі інфекційні захворювання» (СЗІЗ).

1.2. Вплив соціально значущих інфекційних захворювань на здоров'я населення

1.2.1. ВІЛ-інфекція/СНІД

ВІЛ-інфекція/СНІД спричиняється вірусом імунодефіциту людини. Цей вірус відноситься до РНК вірусів родини ретровірусів. Вірус імунодефіциту має два підтипи – 1 та 2.

Як вважає Georgios K. Nikolopoulos [21], найбільш розповсюджений ВІЛ 1-го підтипу. ВІЛ 2-го підтипу розподіляється на групи А – G та рекомбінантний HIV2_CRF01_AB. Патогенна властивість більше виражена у ВІЛ 1-го підтипу в порівнянні з ВІЛ 2-го підтипу.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу зумовлена 1-м підтипом [22]. Цей тип розподіляється на 4 групи: М, N, O і Р. Передача ВІЛ можлива статевим, парентеральним шляхом та від матері до дитини (під час вагітності, пологів та годування груддю).

Віріон має сферичну форму діаметром приблизно 120 нм. В середині міститься яйцевидний капсид, в якому розміщено 2 копії вірусної РНК (по 9700 основ). Всього вірус кодує 14 протеїнів. В організмі переважно вражає Т-супресори. Через рецептор GP120 вірус потрапляє до цитоплазми клітини. В подальшому віріон вбудовується в ДНК клітини та впливає на реплікацію, транскрипцію й трансляцію для синтезу віріонів.

Останніми роками в літературних джерелах широко досліджуються види і особливості підтипів вірусу. Так, на думку авторів, велике епідемічне значення мають субпідтипи В та G. Цей факт прямо впливає на патогенність вірусу. Вірус зазнає постійних мутацій, що призводить до збільшення реплікації та резистентності до антиретровірусної терапії.

Геном ВІЛ кодується у 9 генах. При трансляції на рибосомах синтезується 15 різних білків. Ці генетичні процеси проходять у цитоплазмі уражених лімфоцитах господаря. Активація реплікації проходить за допомогою генів, які кодують їх активатори – TAT, REV і VPR. Також в цих локусах закодовані регуляторні білки реплікації VIF, NEF та VPU. З вищезазначеного починається реплікація віріона на рівні генетичного матеріалу хазяїна. Топографічно ці процеси проходять у ядрах лімфоцитів господаря.

Після зараження організму збудником ВІЛ-інфекції відбувається подальше ураження віріонами. Вірус розпізнає та зв'язується з мембранним рецептором CD4 Т-супресора. Допомагає цьому процесу капсидний білок GP120. Саме він зв'язується з ко-рецептором хемокіна CC 5 (CCR5) або хемокіна 4 (CXCR4). Після взаємодії рецепторних апаратів вставляється N-кінець нового пептиду в мембрану хазяїна. Цей процес проходить за рахунок активації глікопротеїна GP41. Як результат патохімічного процесу відбувається вже злиття капсида вірусу ВІЛ з мембраною Т-супресора. Цей зв'язок є

непорушним. Через активацію цих рецепторів вірус проходить ліпопротеїдну мембрану лімфоцита та потрапляє в цитоплазму.

Вірус на рівні РНК не інтегрується в ДНК господаря. Він розгортає свої дві одноланцюгові РНК, транскриптазу, інтегразу, вірусну протеазу та контролюючі білки NEF, VPR, VIF. Дві РНК в цитоплазмі між собою зчіплені білками Р6 та Р7.

Вірусна транскриптаза транскриптує ці дві РНК на ДНК. Контролюючі білки допомагають у відтворенні та зменшенні кількості мутацій генетичного матеріала віруса вже на самих ранніх етапах синтезу дочірніх віріонів. Як вважають дослідники, збір віріона розпочинається з капсида дочірньої одиниці. Три гени синтезують поліпротеїд GAG. Після дії вірусної протеази білок GAG розкладається на три білкові активні молекули. Ці поліпептиди формують капсид віріона з мономерів біохімічних сполук, які знаходяться в цитоплазмі лімфоцита. Таким чином, на цьому етапі прослідковується негативна дія віруса на клітину господаря. За рахунок генетичного матеріалу та резервів клітин організму вірус не лише себе відтворює, але і збільшує кількісну віремію внутрішньоклітинно. Ця стадія проходить без клінічних змін в організмі.

Р. Нардацці вважає, що контролюючі білки лімфоцита не реагують на біосинтетичні процеси, так як приймають подібну трансляцію та утворення в цитоплазмі як власні процеси, контрольовані геномом клітини [23].

Незважаючи на значні наукові досягнення в вивченні будови та властивостей, способів попередження зараження та лікування, ВІЛ-інфекція залишається в переліку найважливіших проблем громадського здоров'я в світі. ВООЗ декларує, що ВІЛ спричинив смерті більше, ніж 32 млн людей на нашій планеті. Кількість осіб, які інфікувалися ВІЛ у 2017 році, становила приблизно 1,8 млн, таким чином, кожного дня на Землі реєструвалося 5 тис нових ЛЖВ [24, 25].

Епідемія СНІДу продовжує бути причиною руйнівних наслідків для людських життів. Тривалість життя при народженні (показник, що вказує на середню кількість років, яку жила б новонароджена дитина, якби

смертність залишалася незмінною протягом усього життя) вже впала більш ніж на 10 років у найбільш постраждалих країнах із поширеністю ВІЛ у дорослих 20,0 % і більше. Вплив на чисельність населення найбільш помітний в Африці. У 1995-2000 рр. у 38 країнах Африки цей показник оцінювався в 47 років, що на 6 років менше, ніж було б за відсутності СНІДу. За прогнозами, він досягне 2020 року лише 52 років, що на 10 років менше, ніж це було б за відсутності СНІДу. У семи країнах із рівнем поширеності ВІЛ-інфекції у дорослих 20 відсотків і більше, середня тривалість життя при народженні оцінювалася в 49 років у 1995-2000 рр., що на 13 років нижче, ніж за відсутності СНІДу. До 2020-2025 років різниця між тривалістю життя при СНІДі та тривалістю життя без СНІДу досягне 29 років [26].

Підтверджує ці дані і Фонд народонаселення ООН – до 2025 року населення 38 країн Африки досягне 983 мільйонів, що на 14,0 % менше, ніж за відсутності СНІДу. У 7 країнах (всі в Африці) з поширеністю ВІЛ серед дорослих 20 % і більше, вплив є більш вражаючим. До 2025 року прогнозується, що чисельність населення цих країн буде на 35 % нижчою, ніж це було б за відсутності СНІДу.

Вплив епідемії ВІЛ/СНІДу на економіку спричиняє занепокоєння з початку пандемії. Епідемія ВІЛ/СНІДу є причиною уповільнення темпів зростання валового національного продукту багатьох сильно постраждалих країн і що в деяких випадках зростання ВВП може зменшитися більш ніж на одну відсоткову точку на кожні 10 відсотків ВІЛ переважаючого. Інші вважають, що ВІЛ/СНІД поки мало впливає на макроекономіку. Емпірично оцінити вплив ВІЛ/СНІДу на економічну ефективність важко, оскільки багато факторів одночасно, крім ВІЛ/СНІДу, впливають на економічний ріст. Країни, найбільш серйозно постраждалі від епідемії, також стикаються із посухою, війною та іншими проблемами.

Кількість досліджень економічного впливу на здоров'я зростає експоненціально з моменту кодифікації системи (вартість хвороби) в середині 1960-х. Хоча більшість досліджень продовжує використовувати

певний варіант цієї методології (який поєднує прямі витрати на медичну допомогу, витрати на поїздки тощо з непрямими витратами втраченого виробництва через скорочення робочого часу), все частіше використовуються моделі макроекономічного зростання задля кращого розуміння динамічної та багатогранної природи втрат на суспільному рівні. Зростає також зацікавленість у політиці та дослідженні щодо кращого розуміння мікроекономічних наслідків погіршення здоров'я, особливо на рівні домогосподарств у країнах з нижчим рівнем доходу [27].

Вітчизняними дослідниками також встановлено, що існує залежність між зростанням рівня ВІЛ-інфікованих і погіршенням економічних показників. Показано, що недостатнє фінансування, відсутність доступу до медичної допомоги і стигматизація суспільства є важливими чинниками у зростанні кількості ВІЛ-інфікованих [28].

Епідемія ВІЛ/СНІДу може впливати на економіку різними способами:

1) Епідемія СНІДу сповільнить приріст пропозиції робочої сили. Економічний вплив може змінюватись залежно від сектора економіки, ступеня, коли ВІЛ/СНІД впливає на кваліфіковану робочу силу та чи є резервний пул додаткової робочої сили.

2) Збереження заощаджень та інвестицій сімей зменшиться за рахунок збільшення витрат на охорону здоров'я та попередження/зменшення впливу ВІЛ/СНІД. Якщо внаслідок цього постраждають освіта, здоров'я та харчування дітей, перспективи на довгострокове економічне зростання та розвиток зменшаться.

3) Епідемія СНІДу може також перенаправити державні витрати від інвестицій у фізичний та людський капітал до витрат на охорону здоров'я, що призводить з часом до уповільнення темпів зростання валового внутрішнього продукту. Зовнішні та вітчизняні приватні інвестиції також можуть зменшитися, якщо потенційні інвестори переконуються, що епідемія серйозно підриває швидкість доходу від інвестицій.

4) Епідемія ВІЛ/СНІДу також може поглибити бідність найбільш постраждалих країн за рахунок зниження темпів зростання доходів на душу населення та вибіркового збіднення людей та сімей, які безпосередньо постраждали [29].

Cohen (1997), серед інших, наголошує на впливі ВІЛ на чисельність працездатного населення, що, як правило, зменшує загальний обсяг виробництва та погіршує коефіцієнт залежності [30].

Критерії розподілу бюджетних коштів визначаються наказом МФУ «Про бюджетну класифікацію та її запровадження» від 27 грудня 2001 р. № 604 [31]. При розподілі, згідно з економічним класифікатором, видатків на розвиток та інші соціальні цілі, слід керуватися наказом ДКУ «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету» від 25 листопада 2008 р. № 495 [32].

Видатки на заходи з подолання епідемії ВІЛ, пов'язані з утриманням ЗОЗ, можуть здійснюватися державними установами лише за бюджетні кошти [33]. Важливо, що видатки одержувачів бюджетних коштів (зокрема, під цю категорію підпадають громадські та благодійні організації) здійснюються тільки за такими кодами економічної класифікації:

- поточні видатки: – 1171, може бути фінансована дослідницька діяльність та розробки, або певні окремі заходи, які мають відношення до розвитку або спрямовані на впровадження державних (регіональних) програм;

– 1172, передбачено фінансування окремих заходів, спрямованих на впровадження державних (регіональних) програм, та які не зазначені серед заходів розвитку;

– 1310, передбачає субсидювання та поточні трансферти установам, організаціям та підприємствам.

Капітальні видатки – код 2410, передбачено перерахування закладам для капітальних цілей [34].

Стосовно впливу ВІЛ/СНІД на сферу охорони здоров'я слід зазначити, що у багатьох серйозно постраждалих від ВІЛ/СНІДу країнах відставання у розвитку сфери охорони здоров'я спостерігалось ще до виникнення епідемії. Епідемія ВІЛ/СНІДу створила безліч додаткових проблем в цій сфері, так як її наслідком стало різке збільшення витрат на медичне обслуговування і вичерпання можливостей систем медичного страхування. Крім того, хворіють і вмирають самі медичні працівники. В результаті цього пропозиція доступних медичних послуг скорочується, а попит зростає.

При ВІЛ-інфекції, як і при інших хворобах з хронічним перебігом, в пацієнтів наявний так званий «механізм замкненого кола», при якому зміни у соматичній сфері спричиняють психопатологічні реакції, що призводять до нових соматичних розладів [35 - 38].

Зростають витрати на лікування як самого СНІДу, так і умовно-патогенних захворювань, характерних для осіб, імунна система яких ослаблена ВІЛ/СНІД. Виділення ресурсів на лікування ВІЛ/СНІД означало скорочення фінансування на цілі вирішення інших завдань у сфері охорони здоров'я. Оскільки внаслідок епідемії СНІДу уряди стали відчувати дедалі більші труднощі з забезпеченням медичного обслуговування в рамках державного сектора, все більшу частку витрат у цій галузі змушені брати на себе приватний сектор, домогосподарства і кожна окрема людина [39].

Обсяг фінансування програм боротьби зі СНІДом у 2018 році знизився в усіх сегментах: внутрішні ресурси (зниження на 2,0 %), ГФ (на 20,0 %, що пояснюється відхиленнями в трирічному циклі видачі субсидій), інші багатосторонні канали (на 2,0 %), двосторонні програми уряду США (на 3,0 %), двосторонні програми інших країн-спонсорів (на 17,0 %), благодійні організації (на 18,0 %) та інші міжнародні джерела (на 4,0 %). Країни з низьким і середнім рівнем доходу все в більшій мірі фінансують боротьбу зі СНІДом своїми силами.

У період з 2010 по 2018 рік інвестиції країн з низьким і середнім рівнем доходу в боротьбу з ВІЛ з власних ресурсів зросли на 50,0 %, в той час як

іноземні інвестиції підвищилися всього на 4,0 % [40]. Внутрішнє фінансування в країнах з низьким і середнім рівнем доходу в 2018 році склало 56,0 % сукупних фінансових ресурсів, хоча цей показник значно різниться по регіонах. У Східній і Південній Африці, регіоні з найвищим ступенем поширення ВІЛ, 59,0 % ресурсів на боротьбу з епідемією в 2018 році надійшли від спонсорів; якщо виключити з розгляду ПАР, цей показник зростає до 80,0 %. З 2010 до 2018 року всі найбільші спонсори, крім США, знизили свій внесок у боротьбу зі СНІДом за прямими двосторонніми договорами з іншими країнами [41].

Дослідниками була оцінена кількість діагностованих випадків ВІЛ, витрати та вартість за один виявлений випадок ВІЛ, пов'язаних із ІКТ в заклади первинної медичної допомоги в Україні. У дослідженні використовувався проект різниці у різниці з чотирма районами, що реалізують втручання, порівняно з 20 районами, де ІКТ пропонували лише в спеціалізованих клініках протидії ВІЛ. Спостерігалось збільшення кількості випадків ВІЛ-інфекції в розрахунку на душу населення в 2,01 (95 % ДІ: 1,12–3,61) разів порівняно з іншими районами. Додаткова вартість інтервенції становила 21017 доларів США, а додаткова вартість за виявлений випадок ВІЛ - 369 доларів. Середня вартість одного випадку виявленого ВІЛ становила 558 доларів. Залучення ЦПМСД бажане з точки зору ефективності. Однак доступність інтервенції потрібно оцінити, оскільки розширення потребуватиме додаткових інвестицій [42].

З урахуванням деяких припущень виявлено, що порівняно з діючим рівнем допомоги, розширення самотестування на ВІЛ буде пов'язане із 20-річною чистою економією 75 млн. доларів США та певною економією (7 DALY (disability-adjusted life-years)). Оскільки самотійне тестування заощаджує гроші та покращує результати, це домінуюча стратегія - економія коштів і її слід приймати незалежно від того, наскільки мало ресурсів для тестування на ВІЛ [43, 44] .

Теодор Кон у моделі, застосованій до кількох країн Карибського басейну, виділив чотири канали, за допомогою яких ВІЛ/СНІД може впливати на

економіку: канал виробництва; канал розподілу ресурсів; канал розподілу доходів; канал регенерації [45]. Виробничий канал посиляється на механізми, за допомогою яких ВІЛ/СНІД впливає на основні фактори виробництва - робочу силу та капітал – через те, що виробничий процес буде менш плідним, ніж у випадку відсутності ВІЛ/СНІДу.

Другий канал, через який ВІЛ/СНІД може впливати на економіку, – це канал розподілу ресурсів. Однією з найважливіших функцій економічної системи є забезпечення цього каналу. ВІЛ/СНІД перенаправляє деякі з цих ресурсів на витрати на медичні послуги від інших виробничих цілей.

Третім прийнятним каналом, через який ВІЛ/СНІД впливає на економіку, є канал розподілу, а саме розподіл доходу. В умовах епідемії, яка збільшує витрати на охорону здоров'я та послаблює дохідну базу, найменші групи доходів можуть сприймати найгірші. Хоча багаті можуть мати інші активи – заощадження, землю чи капітал – часто єдиним продуктивним активом бідних є власна праця, яку ВІЛ/СНІД атакує. Верхні групи вхідних груп, хоча вони також постраждали, можуть бути зручнішими для захисту та кращого доступу до лікування. Таким чином, епідемія ВІЛ/СНІД може не тільки впливати на всі групи, але й розширити розрив між різними соціальними верствами.

Четвертий канал, канал регенерації, стосується інвестицій у людський капітал, фізичний капітал та нові технології, необхідні для того, щоб економіка зростала. Якщо епідемія ВІЛ/СНІДу поставить під загрозу економічний потенціал та людський капітал економіки, це підірве процес економічного розвитку [46].

З підвищенням рівня фінансування подолання ВІЛ-інфекції та збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ, завдяки поширенню АРТ, розробники політики стикаються зі все більш жорсткими бюджетами для управління поточною епідемією ВІЛ-інфекції. Аналізи економічної ефективності та моделювання мають допомогти визначити, які заходи проти ВІЛ-інфекції можуть бути найкращими.

Математичне моделювання стало цінним інструментом для аналізу динаміки інфекційних захворювань та для підтримки розробки стратегій. Основна конвергенція полягає у динаміці інфекційних захворювань, аналізі закономірностей передачі інфекції у різних популяціях та методах оцінки ефективності стратегій боротьби із захворюваннями [47].

Захворюваність залишається надзвичайно високою серед певного населення та в країнах, що вважають профілактику ключовою мірою для контролю над поширенням ВІЛ. Мають бути детально оглянуті концепції моделювання та методології економічної ефективності та вивчені результати нещодавно опублікованих аналізів економічної ефективності щодо таких стратегій профілактики ВІЛ: застосування презервативів та обрізання чоловікам, втручання на основі поведінки або із залученням громади, запобігання передачі матері від дитини, тестування на ВІЛ, профілактика після контакту з ЛЖВ та лікування як профілактика.

Як зазначено у Національній стратегії з ВІЛ/СНІДу США, успішне лікування ВІЛ-інфекції призводить до зниження вірусного навантаження в громаді, що передуює меншій захворюваності та поширеності ВІЛ [48]. Управління «випадками ВІЛ» є важливим інструментом у впровадженні стратегії, а також має вирішальне значення для поточних зусиль щодо «припинення СНІДу», які передбачають розширене тестування, залучення догляду та дотримання АРТ для контролю та попередження ВІЛ-інфекції [49, 50]. Слід зазначити, що ті, хто раніше вже був клієнтами з ВІЛ, залишаються особливою популяцією, чії складні потреби не можуть бути задоволені «єдиним» підходом [51].

Поняття ефективності сектору охорони здоров'я і пов'язані з цим питання, такі як економічна ефективність та співвідношення ціни та якості - є одними з найбільш обговорюваних аспектів ефективності охорони здоров'я. Ці концепції мають на меті визначити, наскільки вклади в систему охорони здоров'я у формі витрат та інших ресурсів використовуються для забезпечення визначених цілей системи охорони здоров'я. Більшість фахівців погоджуються з тим, що

досягнення ефективності в сфері охорони здоров'я має бути головною метою політиків та менеджерів [52].

Більшість опублікованих досліджень демонструють економічну ефективність, однак, не всі втручання доступні всім державам в рівній мірі. Дослідження комбінованих стратегій та методологій, що враховують готовність до оплати та вплив на бюджет мають бути продовжені [53].

Розширене тестування на ВІЛ може бути більш рентабельним у хворих як наслідок скорочення часу, більш високого рівня прийому пацієнтів, та менших витрат на діагностичні тести. Оскільки вартість нової діагностики на ВІЛ зменшується при підвищенні рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію, варто розширити тестування на ВІЛ у зонах з високим рівнем поширеності [54].

Рівень ППСШ та ВІЛ сильно варіюється залежно від статі, віку та ризикової поведінки. Фахівці рекомендують проводити щорічний скринінг на хламідіоз, гонорею, сифіліс та трихомоніаз у всіх сексуально активних жінок з ВІЛ [55].

Наявність в лікаря об'єктивної та актуальної інформації про індивідуально-особистісні характеристики пацієнта є важливим компонентом в наданні медичної допомоги ЛЖВ [56].

Як вважають Семигіна Т. В. та Вовкогон О. Ю. [57], ВІЛ-інфекція не сприймається як суто медична проблема, їй придано статус соціально значущої хвороби, поширеність якої залежить переважно від соціально-економічного стану держав та територій. Небезпека ВІЛ для суспільства полягає в інфікуванні переважно людей працездатного та репродуктивного віку, що суттєво обмежує їх придатність для суспільства, погіршує демографічні індикатори країн.

Досліджено, що, на відміну від інших інфекцій, ВІЛ/СНІД має складний епідемічний процес, а значна частина є прихованою протягом тривалого часу [58, 59]. Українськими дослідниками доведено, що низькій профілактичній поінформованості молоді щодо ВІЛ/СНІД сприяють: конфліктний соціально-психологічний клімат у родинах, а також невисокий освітній рівень батьків на тлі завищеної матеріальної оцінки [60].

Згідно даних статистики ЮНЕЙДС за 2018 рік, загальносвітове число ЛЖВ становило 37,9 млн. осіб: 36,2 млн дорослих, 1,7 млн. дітей (у віці до 15 років). Лікування в межах антиретровірусної терапії отримували 23,3 млн. людей. Число нових випадків зараження ВІЛ склало 1,7 млн. Число людей, які померли від супутніх СНІДу хвороб, склало 770 тис. осіб. З початку епідемії ВІЛ заразилися 74,9 млн осіб. У 2018 р. близько 8,1 млн людей не знали про те, що вони живуть з ВІЛ. У 2018 р. доступ до антиретровірусної терапії мали 23,3 млн ЛЖВ, в порівнянні з 7,7 млн в 2010 р.

У 2018 році кількість нових випадків зараження ВІЛ знизилася до 1,7 млн у порівнянні з 2,9 млн. в 1996 р., а показник нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією серед дорослих, за оцінками, знизився на 16,0 % щодо 2010 р., з 2,1 млн до 1,7 млн. На ключові групи ризику і їх сексуальних партнерів припадає 54,0 % нових випадків зараження ВІЛ по всьому світу. Ризик зараження ВІЛ в 22 рази вище серед чоловіків, які мають статеві зв'язки з чоловіками; в 22 рази вище серед споживачів ін'єкційних наркотиків; в 21 раз вище серед осіб, що працюють в секс-індустрії; в 12 разів вище серед трансгендерних осіб.

Основною причиною летальності серед ЛЖВ, є ТБ, на нього припадає близько однієї третини випадків смерті, пов'язаних зі СНІДом [61]. У 2017 р. приблизно 10 млн осіб захворіли на ТБ, приблизно 9,0 % з них жили з ВІЛ. ЛЖВ не завжди мають симптоми ТБ, але потребують профілактичної терапії цього захворювання, що зменшує ризик розвитку ТБ і скорочує летальність від ТБ/ВІЛ приблизно на 40,0 %. За оціночними даними, 49,0 % ЛЖВ та ТБ не знають про свої коінфекції і тому не отримують лікування [62].

ЮНЕЙДС представлено каскадні цілі для подолання епідемії ВІЛ. Згідно цих каскадів, до 2020 р. 90,0 % всіх ЛЖВ мають знати про свій статус; 90 % всіх ЛЖВ мають постійно приймати АРТ; у 90,0 % людей, які приймають АРТ, має спостерігатися зменшення вірусного навантаження [63].

Проте, незважаючи на задовільні показники стосовно забезпечення ЛЖВ АРТ та зменшення в світі числа померлих від СНІД, існує ризик, що мета Fast track не буде досягнута вчасно [64]. В Україні гостро стоїть питання

дискримінації ЛЖВ та їх стигматизації [65]. Часто вони виступали підставою, що спричиняли відмову від звернення до центрів протидії ВІЛ, невживання АРТ та продовження поширення ВІЛ в Україні [66].

У 2017 р. в США, наприклад, ВІЛ вперше визначили у 38739 людей. Згідно з статистичними даними 2015 р., офіційно зареєстрували у США 1122900 ЛЖВ (підлітки та дорослі). У зазначеній державі серед кількості усіх ЛЖВ 63,0 % отримали АРТ, а в 51,0 % відзначали зменшення вірусного навантаження [67]. Протягом 2017 р. у 30 державах ЄС та Європейської економічної зони (всього входить 31 країна) було виявлено 25353 випадки зараження ВІЛ (6,2 на 100 тис. нас.). Більше за інші нових випадків зараження ВІЛ зареєстрували в Естонії і Латвії (відповідно 16,6 і 18,8 на 100 тис. нас.), а у Словенії та Словаччині визначені найнижчі показники (відповідно, 1,9 та 1,3 та на 100 тис. нас.) [68].

Порівняно задовільною була ситуація у 2017 р. з розповсюдженням ВІЛ у Сполученому Королівстві: діагностовано 4363 випадків ВІЛ інфікування, а кількість ЛЖВ становила 101600 людей. Підтвердження наявності ВІЛ/СНІД у Великій Британії в 2017 р. було у 92,0 % ЛЖВ, з них АРТ постійно вживали 98,0 %, а в 97,0 % осіб вірусне навантаження зменшено [69].

За даними ЦГЗ МОЗ України, у 2017 р. інфікування ВІЛ в Україні було встановлено вперше у 18194 пацієнтів (42,8 на 100 тис. нас.). Кількість ЛЖВ в Україні (згідно з даними 2017 р.) 141371 (333,3 на 100 тис. нас.). В Україні вживають АРТ 88270 ЛЖВ, зменшення вірусного навантаження було визначено у 82,6 % обстежених [70].

Найвищі показники захворюваності на ВІЛ/СНІД зафіксовано в Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській та Херсонській областях. Найбільшу занепокоєність, з врахуванням показників захворюваності та поширеності ВІЛ/СНІД, спричиняють Одеська, Миколаївська та Херсонська області. Морські порти, значна трудова міграція, розвиток туристичного бізнесу утворюють умови для розповсюдження ВІЛ/СНІД в даному регіоні [71 - 74].

ЦГЗ МОЗ України засвідчує, що станом на 01.04.2019 у ЗОЗ під наглядом перебувало 142076 ЛЖВ-громадян України (показник 336,5 на 100 тис.нас.), зокрема 46987 хворих із діагнозом СНІД (111,3). Найбільші рівні поширеності ВІЛ/СНІД реєструють в Одеській (898,3 на 100 тис. нас.), Дніпропетровській (792,6), Миколаївській областях (743,5), м. Києві (479,0), Київській (447,9), Херсонській (420,1) та Чернігівській областях (420,4). Згідно з даними офіційної статистики, протягом 1987 — травня 2019 рр., офіційно зареєстровано у країні 341084 випадки ВІЛ/СНІД серед громадян України, зокрема, 114487 випадків захворювань на СНІД і 49751 випадок смерті від захворювань, спричинених СНІДом [75].

У структурі шляхів передачі ВІЛ/СНІД продовжує зростати питома вага статевого шляху (65,6 %), при цьому актуальність парентерального шляху передачі під час внутрішньовенного введення препаратів, що містять наркотичні речовини, залишається високою, не дивлячись на знижувальний тренд (20,8 %). Протягом минулих п'яти років показники захворюваності на СНІД становили майже 20–22 на 100 тис. нас., смертності від СНІДу — майже 7–8 на 100 тис. нас. З 2015 р. захворюваність на СНІД в Україні збільшилась з 19,8 до 21,9 у 2017 р. на 100 тис. нас. (з 8468 до 9308 осіб). Смертність, спричинена СНІД, зросла з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас. (з 3032 до 3298 осіб) [76].

У структурі шляхів передачі ВІЛ серед осіб із уперше в житті встановленим діагнозом перебільшує питома вага осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування. За 9 місяців 2018 р. цей показник сягнув 65,8 %, проти 63,5 % за такий же період минулого року.

Зараження ВІЛ парентеральним шляхом відбувається переважно внаслідок вживання нарковмісних речовин ін'єкційно. В 2008 р. змінилися переважаючі шляхи передачі ВІЛ в Україні — з парентерального внаслідок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом на статевий, переважно при статевих контактах між представниками різних гендерів (рис. 1.1).

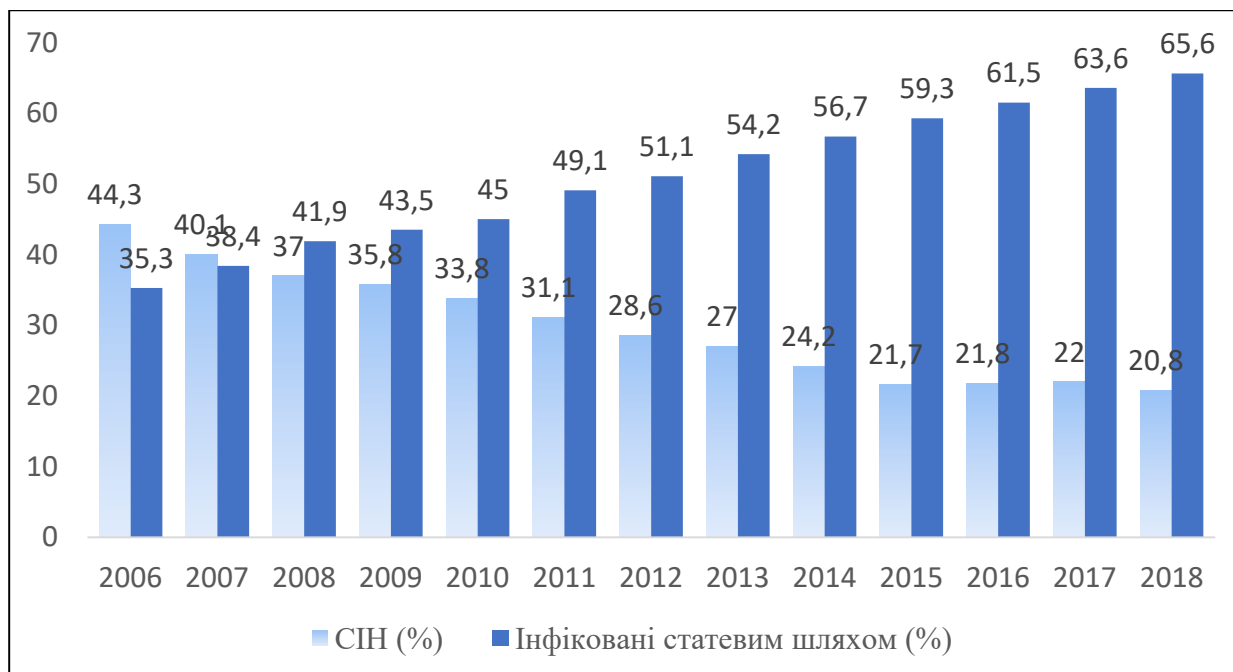


Рис. 1.1. Переважні шляхи передачі ВІЛ серед громадян України в 2006-2018 роках (за даними ЦГЗ МОЗ України, у %).

Розрахунки проводилися з урахуванням дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, ВІЛ-статус яких остаточно не встановлений.

За даними 2017 р., що були оприлюднені Європейським регіональним бюро ВООЗ та Європейським центром контролю за захворюваннями, більшість нових випадків інфікування ВІЛ серед українських чоловіків припадає на вживання нарковмісних речовин ін'єкційним шляхом, серед жінок переважним шляхом інфікування є статевий під час гетеросексуальних контактів. При тому, кількість нових випадків заражень на ВІЛ серед ЧСЧ збільшується щороку.

Погіршення стану економіки, низький рівень життя, який спричинив зменшення частоти застосування бар'єрних контрацептивів, є також пусковим фактором, завдяки якому в Україні прискорюються темпи поширення ВІЛ. Скорочення обсягу заходів протидії ВІЛ/СНІД у 2013-2017 рр. є одним з факторів, що сприяли збільшенню нових випадків ВІЛ та підвищенню смертності, спричиненої СНІД, в Україні [77].

1.2.2. Туберкульоз

Збудником ТБ є *Mycobacterium tuberculosis* – нерухома аеробна кислотостійка бактерія. Це і пояснює її морфологічні особливості. Зовнішня мембрана бактерії складається з двох ліпідних шарів. При прокрашуванні по Граму є Грам-негативною. Фарбують для бактеріоскопічного дослідження за методом Циля-Нільсона. Бактерія є стійкою в навколишньому середовищі до несприятливих чинників. Також стійкість проявляється і до дезінфікуючих розчинів.

Mycobacterium tuberculosis поділяється на 4 типи: *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti*, *Mycobacterium microti*. У хворих на туберкульоз найчастіше виділяється *Mycobacterium bovis*.

На думку Петренка В. І. [78], джерелом інфікування є хвора людина. Механізм передачі – повітряно-крапельний. Сприятливим контингентом є люди зі зниженою імунною реактивністю та при контакті з хворим на активний туберкульоз.

ТБ є захворюванням, яке вже впродовж тривалого часу займає своє місце серед 10 найрозповсюдженіших причин смерті в світі, а також є світовим лідером серед причин смерті інфекційного генезу, що спричинені одним інфекційним агентом (частота смерті від ТБ є вищою, ніж від ВІЛ/СНІДу) [79]. За даними Global Tuberculosis report 2018, у 2017 р. в світі було офіційно зареєстровано 1,3 млн випадків смерті від ТБ серед осіб із ВІЛ-негативним статусом, та додатково 300 тис. випадків серед ВІЛ-позитивних осіб [80].

ТБ спостерігають в усіх країнах, він здатен уражати чоловіків та жінок, осіб усіх вікових груп. Проте найчастіше він уражає працездатне населення, причому чоловіки хворіють частіше, ніж жінки [81]. Відомо, що лише 5 – 15,0 % людей, інфікованих мікобактерією ТБ, в подальшому хворіють на ТБ, проте особливу групу ризику становлять особи з ураженнями імунної системи, насамперед люди, які живуть з ВІЛ. Вважають, що ризик розвитку активного ТБ для ЛЖВ є в 20–30 разів вищим, ніж для людей із ВІЛ-негативним статусом [82].

Показник захворюваності на ТБ у світі в 2017 р. становив 133 випадки на 100 тис. нас. Абсолютне число нових зареєстрованих випадків ТБ становило 6,4 млн, число нових випадків ТБ серед ЛЖВ становило 464633. При цьому масштаби епідемії широко варіюють серед різних регіонів. У 2017 р. у країнах із найвищим рівнем доходу (більшість країн Західної Європи, Канада, США, Нова Зеландія) захворюваність на ТБ становила < 10 випадків на 100 тис. нас. Тим часом у більшості з 30 країн, які визнані країнами з високим тягарем ТБ, цей показник становив 150–400 випадків на 100 тис. нас., і в незначній кількості таких країн, як Мозамбик, Філіппіни та Південна Африка, показник захворюваності на ТБ у 2017 р. перевищив 500 випадків на 100 тис. нас. Загалом, у світі в 2017 р. було зареєстровано 558 тис. нових випадків Риф ТБ, серед яких 82,0 % припадало на МРТБ. Так, у світі 3,5 % нових зареєстрованих випадків ТБ та 18,0 % випадків ТБ, що раніше лікували, припадало на Риф ТБ/МРТБ.

Варто зазначити, що більше 50,0 % випадків Риф ТБ/МРТБ в осіб, які раніше лікувалися від ТБ, було зареєстровано в країнах колишнього Радянського Союзу. У світових масштабах захворюваність на ТБ у період з 2000 до 2017 р. щороку знижувалася в середньому на 2,0 %.

Найбільш вражаючі результати щодо зниження захворюваності на ТБ у період з 2013 до 2017 р. продемонстрували країни Європейського регіону (зниження захворюваності на 5 % на рік), Африканського регіону (4,0 % на рік), Південної Африки (4–8 % на рік) та Російська Федерація (5 % на рік). Наразі завдяки поширенню ефективної протитуберкульозної хіміотерапії та антиретровірусної терапії (для хворих на коінфекцію ТБ і ВІЛ) спостерігають світову тенденцію до зниження летальності від ТБ. Так, показник летальності від ТБ на 100 тис. нас. серед осіб із ВІЛ-негативним статусом щороку скорочувався в середньому на 3,0 % протягом 2001–2017 рр. Варто зазначити, що за відсутності медикаментозного лікування 70,0 % хворих на ТБ, в яких був встановлений позитивний результат бактеріоскопії мокротиння на кислотостійкі бактерії, та 20,0 % хворих із негативним результатом бактеріоскопії, проте

підтвердженням ТБ за результатами культурального дослідження, вмирали протягом 10 років.

Україна не входить до переліку 30 країн із найвищим тягарем ТБ, проте її включено до переліку 30 країн із найбільшою кількістю випадків МРТБ. Мультирезистентний туберкульоз на сьогодні є глобальною проблемою охорони здоров'я. Для лікування нерезистентних форм ТБ рекомендують курс протитуберкульозними препаратами першої лінії (рифампіцин, ізоніазид, етамбутол, піразинамід), який триває 6 місяців. Ціна такого лікування складає 40 доларів США на особу, а його ефективність, відповідно до даних, що надходять до ВООЗ, становить близько 85,0 %.

Для порівняння, мінімальний курс лікування МРТБ триває 20 місяців, передбачає застосування більш токсичних та менш ефективних препаратів, вартість його може сягати тисяч доларів США на одну особу, а ефективність складає 55,0%. Незважаючи на те, що, за даними ЦГЗ МОЗ України у 2004 р. зупинене зростання захворюваності та ТБ в Україні і починаючи з 2007 р. показники його знижено, в Україні епідемічна ситуація, спричинена ТБ, залишається проблемою загальнодержавного масштабу. Зумовлюється це тим, що ТБ – це одне з соціально небезпечних інфекційних захворювань, наслідки поширення якої загрожують економіці та соціальній безпеці держави [83].

Згідно з даними Державної служби статистики України, на початку 1990-х років вважалася вирішеною проблема захворюваності на ТБ в Україні, при тому в 1995 р. була оголошена епідемія ТБ (рис. 1.2) [84].

В Україні, згідно з даними ВООЗ, виявляється близько 36-40 тис. нових випадків ТБ на рік і 4-7,5 тис. пацієнтів на рік від нього вмирають. Одночасно з поширенням ТБ в Україні зростають показники епідемії ВІЛ/СНІДу. За оцінкою ВООЗ у 1995 р. Україна належала до країн з низьким рівнем розповсюдження ВІЛ, а в теперішній час вона потерпає від однієї з наймасштабніших епідемій у Європейському регіоні.

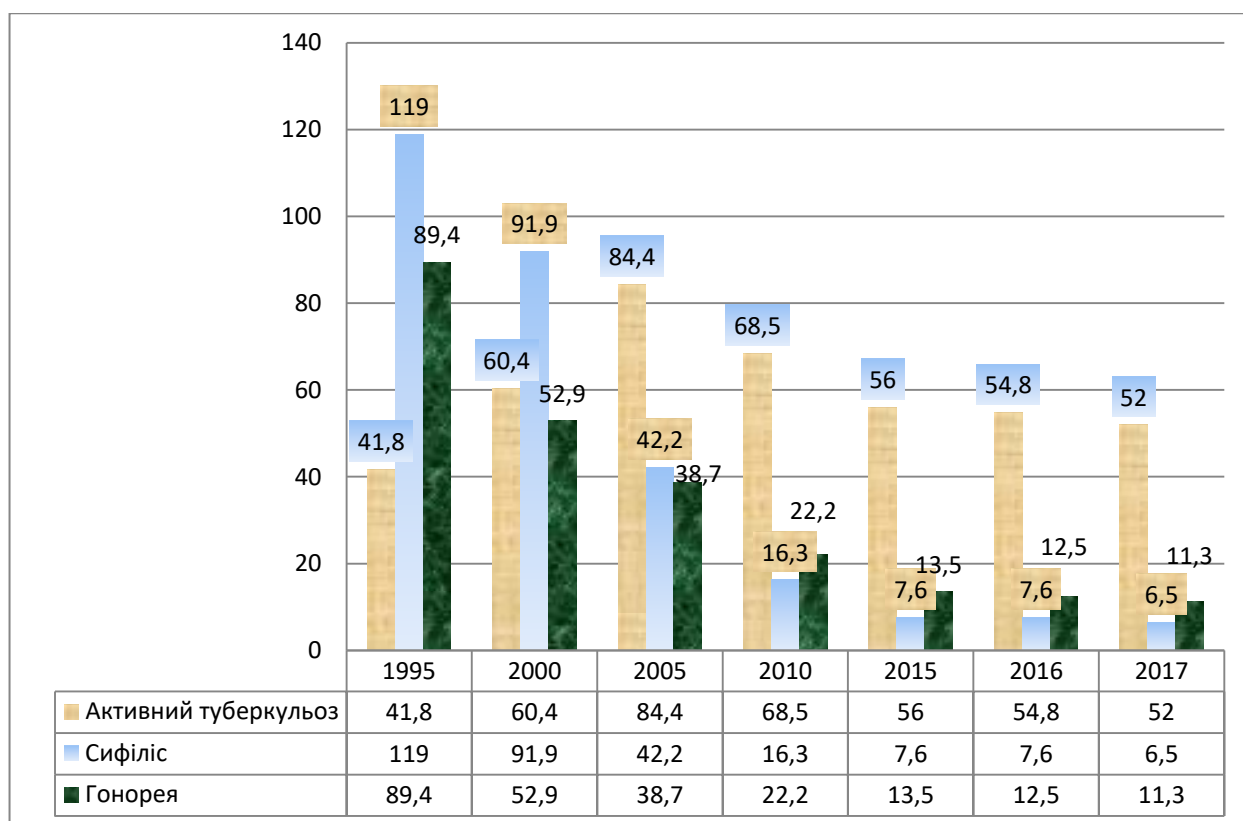


Рис. 1.2. Захворюваність в Україні на деякі соціальні значущі хвороби (на 100 тис. нас., за даними Державної служби статистики України).

Проведений аналіз епідемічної ситуації з ТБ у період з 2011 до 2018 р. показав, що зростання захворюваності на вперше виявлений ТБ та рецидиви ТБ в Україні останній раз спостерігали в 2011 р., після чого цей показник щороку знижувався в середньому на 4,2 %. При цьому дещо скептично слід ставитися до даних, які вказують на зниження захворюваності на ТБ в Україні у 2014-2018 рр., адже в ці роки розрахунок інтенсивного показника захворюваності на кількість населення України проводили включно з тимчасово окупованими Луганською і Донецькою областями, при тому, що дані стосовно абсолютної кількості випадків ТБ у цих областях були відсутні (табл. 1.1).

Найнебезпечнішими з точки зору розповсюдження ТБ-інфекції є хворі на ТБ легень з масивним бактеріовиділенням, тобто тоді, коли мікобактерії виявляють при звичайній мікроскопії мокротиння [85].

У цілому по Україні у 2011-2017 рр. спостерігали незначні коливання інтенсивного показника захворюваності на ТБ легень з бактеріовиділенням.

Серед регіонів України найвищими показниками захворюваності на МРТБ у 2017 р. відрізнялися Миколаївська, Херсонська, Дніпропетровська та Одеська області, на них припадала найбільша кількість випадків вперше встановленого МРТБ – 17,0 % від загальної кількості в Україні.

Протягом 2011-2017 рр. в Україні на 21,0 % підвищився інтенсивний показник захворюваності на ТБ/ВІЛ коінфекцію.

Проведений нами аналіз статистичних даних з епідеміології ТБ в Україні за 2006–2018 рр. показав, що протягом цього періоду змінювався підхід до дослідження епідемічного процесу, що наразі призводить до певної мозаїчності наявних даних [86].

Так, наприклад, з 2010 р. показник захворюваності на ТБ враховує не лише нові випадки (ВДТБ), а й рецидиви ТБ (РТБ); так само з 2011 р. інтенсивний показник захворюваності на ТБ із бактеріовиділенням розрахований включно з випадками рецидивів ТБ. Аналогічна ситуація простежується і з показником захворюваності на коінфекцію ТБ+ВІЛ [87].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України [88], захворюваність на усі форми активного туберкульозу в 2019 році в Україні становила 49,2 на 100 тис. нас., або 20643 випадків. Зареєстровано хворих на туберкульоз органів дихання, в тому числі, з туберкульозом легенів, 19467 (46,4 на 100 тис. нас.).

Серед зазначених з активним туберкульозом легенів було 18254 (43,5 на 100 тис. нас.) та з них з бактеріовиділенням 12519 (29,8 на 100 тис. нас.), з деструкцією 7944 (18,9 на 100 тис. нас.).

Таблиця 1.1.

Захворюваність на всі форми активного ТБ, ТБ легень з бактеріовиділенням, МРТБ та ТБ у поєднанні зі СНІД серед усього населення України у 2006-2018 рр.

Показник абсолютні числа (на 100 тис. нас.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Захворюваність (ВДТБ+РТБ)	—	—	—	—	35080 ^{*1} (82,3)	35767 ^{*2} (78,4)	36594 ^{*2} (80,5)	35163 ^{*2} (77,5)	30568 ^{*2,7} (71,2)	30151 ^{*2,7} (70,5)	28800 ^{*2,7} (67,6)	27121 ^{*2,7} (63,9)	26321 ^{*2,7} (62,3)
ТБ легень з бактеріовиділенням (без рецидивів), на 100 тис. нас. ^{*2,3}	30,4	31,5	31,6	29,7	28,9	29,1	30,8	33,8	31,0	—	—	12381 (29,2)	12456 (29,5) [*]
Нові випадки + рецидиви ^{*2,3}	—	—	—	—	—	15686 (34,4)	17205 (37,9)	19473 (37,9)	17476 (42,9)	17946 (40,7)	17371 (42,0)	15768 (37,2)	N/A
ВДТБ ^{*2}	N/A	37095 (79,8)	35925 (77,8)	33424 (72,7)	31295 (68,4)	30659 (67,2)	30958 (68,1)	30819 (67,9)	25543 (59,5)	23896 (55,9)	23292 (54,7)	21995 (51,9)	21314 (50,5)
Кількість випадків ТБ, в яких підтверджено діагноз МРТБ	—	—	—	3329 ^{*4}	4056 ^{*4}	4305 ^{*4}	8411 (18,5) ^{*5}	9650 (21,3) ^{*5}	8432 (19,7) ^{*5}	8440 (19,7) ^{*5}	7778 (18,3) ^{*5}	6757 (15,9) ^{*5}	—

<i>Продовження таблиці 1.1.</i>													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ТБ+ВІЛ (без рецидивів) ^{*2,6}	1987 (4,3)	2345 (5,0)	2902 (6,3)	3380 (7,4)	3982 (8,7)	4157 (9,1)	4726 (10,4)	4783 (10,5)	4441 (10,4)	—	—	4458 (10,5)	4608 (10,9)
Нові випадки + рецидиви ^{*2,6}	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	4787 (10,5)	5531 (12,2)	5478 (12,1)	5210 (12,1)	5572 (13,0)	5622 (13,2)	5646 (13,3)	—

Примітки:

«—» – дані відсутні

*1 – дані використані з форми №4 «Звіт про загальну кількість випадків ТБ I, II та III категорій хворих», ТБ 07

*2 – дані використані з форми №8 «Звіт про захворювання на активний ТБ

*3 – у Аналітично-статистичних матеріалах з ТБ за 2012, 2013, 2014 та 2018 рр. представлені показники захворюваності на ТБ легень з бактеріовиділенням серед усього населення України в період з 2002 по 2014, а також у 2017-2018 рр., які були розраховані з урахуванням лише нових випадків захворювання на ТБ легень, разом із тим у матеріалах за 2015, 2016 та 2017 рр. відповідний показник за період з 2011 по 2017 рр. розрахований вже з урахуванням як нових випадків, так і рецидивів ТБ легень.

*4 – дані використані з форми звітності «Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії (ТБ 07 – МР ТБ). Показник не включає випадки підозри на МРТБ, яка не була підтверджена протягом звітного року.

*5 – дані використані з форми звітності «Звіт про кількість випадків хіміорезистентного ТБ, підтверджених та/або за якими розпочато лікування за категоріями 4.1 – 4.3 протягом звітного кварталу (ТБ 07 – МРТБ). Розрахунок населення за даними форми № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (ЗОЗ).

*6 – у Аналітично-статистичних матеріалах з ТБ за 2012, 2013, 2014 та 2018 рр. представлені показники захворюваності на активний ТБ у поєднанні зі СНІД серед усього населення України в період з 2002 по 2014, а також у 2017-2018 рр., які були розраховані з урахуванням лише нових випадків захворювання на активний ТБ, разом із тим у матеріалах за 2015, 2016 та 2017 рр. відповідний показник за період з 2011 по 2017 рр. розрахований вже з урахуванням як нових випадків, так і рецидивів ТБ.

*7 – розрахунок проведений на кількість населення України, включно з тимчасово окупованими Луганською та Донецькою областями.

Позалегеневий туберкульоз діагностовано у 2133 пацієнтів (5,1 на 100 тис. нас.). З них: органів дихання 1212 (2,9 на 100 тис. нас.), нервової системи 77 (0,2 на 100 тис. нас.), кісток та суглобів 413 (1,0 на 100 тис. нас.), сечостатевих органів 65 (0,2 на 100 тис. нас.), периферичних лімфовузлів 268 (0,6 на 100 тис. нас.), ока 40 (0,1 на 100 тис. нас.), інших органів 57 (0,1 на 100 тис. нас.). Активний туберкульоз у поєднанні зі СНІД було виявлено у 4398 пацієнтів (10,5 на 100 тис. нас.).

В Одеській області захворюваність усіма формами активного туберкульозу в 2019 р. становила 2680 випадків (113,1 на 100 тис. нас.), Херсонській - 631 випадок (60,9 на 100 тис. нас.), Миколаївській – 619 випадків (54,8 на 100 тис. нас.).

Зареєстровано хворих на туберкульоз органів дихання, в тому числі, з туберкульозом легенів, в Одеській області – 2529 випадків (106,7 на 100 тис. нас.), Миколаївській - 594 (52,5 на 100 тис. нас.), Херсонській - 594 (57,3 на 100 тис. нас.). Серед зазначених з активним туберкульозом легенів було в Одеській області 2148 випадків (90,7 на 100 тис. нас.), Миколаївській - 571 випадок (50,5 на 100 тис. нас.), Херсонській – 573 випадки (55,3 на 100 тис. нас.) при загальноукраїнських показниках 18254 випадків та 43,5 на 100 тис. нас. З них з бактеріовиділенням в Одеській області – 1258 (53,1 на 100 тис. нас.), Миколаївській – 397 випадків (35,1 на 100 тис. нас.), Херсонській – 441 випадок (42,6 на 100 тис. нас.) при загальноукраїнських показниках 12519 випадків (29,8 на 100 тис. нас.). З деструкцією в Одеській області зафіксовано 749 пацієнтів з туберкульозом (31,6 на 100 тис. нас.), Миколаївській – 289 пацієнтів (25,6 на 100 тис. нас.), Херсонській – 256 (24,7 на 100 тис. нас.).

Позалегеневий туберкульоз діагностовано у 532 пацієнтів (22,5 на 100 тис. нас.) в Одеській області, Миколаївській – у 37 пацієнтів (3,3 на 100 тис. нас.), Херсонській – у 41 пацієнта (4,0 на 100 тис. нас.). З них: туберкульоз органів дихання в Одеській області – 381 випадок (16,1 на 100 тис. нас.), Миколаївській – 23 (2,0 на 100 тис. нас.), Херсонській – 21 (2,0 на 100 тис. нас.).

Разом із тим, деякі фахівці вважають, що небезпека зараження від хворого на ТБ різко зменшується, якщо він протягом щонайменше 2-х тижнів отримує інтенсивну протитуберкульозну терапію [89].

Поширеність ТБ із множинною лікарською стійкістю, як правило, є наслідком недоліків діючої системи охорони здоров'я, а саме відсутності зв'язків між різними секторами системи, неналагодженої інфраструктури для діагностики та лікування ТБ та, зокрема, МРТБ, проблем доступу до протитуберкульозних хіміопрепаратів тощо [90].

1.2.3. Вірусні гепатити В та С

Вірусний гепатит В по вірусологічній класифікації відноситься до родини *Flaviviridae* та роду гепатовірусів. Реплікація вірусу проходить за допомогою транскриптази.

Після потрапляння вірусу до ядра, ДНК не врізається в геном господаря, а перетворюється на ковалентну закриту циркулярну ДНК. Це дає змогу іРНК господаря транскрипуватися від паразитарної ДНК. Так транслюється поверхневий антиген гепатиту В (HBsAg), антигену гепатиту В антиген / основний антиген (HBeAg / HBcAg), полімерази та білка Х (HBx).

На думку Станавайстала Дж., в подальшому при наростанні віремії гепатоцит піддається генному шляху загибелі клітини. Також цьому сприяє імунна відповідь організму через Т-лімфоцити. Спочатку відбувається вбудова вірусного пептиду в рецепторний апарат HLA гепатоцита. При зміні даного класу рецептора через Т-супресори організм запускає клітинний та гуморальний імунітет. Це лише сприяє цитолітичній дії на гепатоцити [91].

Джерело інфекції – хворий; шлях передачі – трансмісивний. Сприятливий контингент – особи, які вживають ін'єкційні наркотики, реципієнти крові, хворі

які перенесли оперативні втручання, медичний персонал, який займається діагностичними та лікувальними інвазивними методиками [92].

ВГВ протікає в гострій та хронічній формі. Гостра форма клінічно відповідає гострому гепатиту з цитолізом гепатоцитів. Основні клінічні синдроми пов'язані з ураженням печінки. Хронічна форма має тривалий інкубаційний період. В подальшому захворювання ускладнюється гепатоцелюлярним раком або цирозом печінки [93].

ВГВ залишається важливою проблемою медицини і соціальної сфери. За даними ВООЗ, ВГВ і ВГС призвели до смерті 1,34 млн. людей у 2015 р. Економічні витрати, спричинені постійними видатками на лікування, інвалідизацією населення внаслідок важких ускладнень, є приводом занепокоєння та уваги фахівців. Фахівцями ВООЗ зазначено: якщо хворих на ВГВ та ВГС залишити без противірусного лікування, кількість померлих за рік від цирозу печінки перебільшить 700 тис. людей, від гепатоцелюлярної карциноми – дійде майже до пів-мільйона випадків протягом року, завдяки двом означеним ускладненням спостерігається до 96,0 % смертей, спричинених вірусними гепатитами [94, 95].

Досягнення у лікуванні ВГС шляхом розробки противірусних препаратів прямої дії спричинили міжнародну зацікавленість до глобальної ліквідації хвороби як загрози здоров'ю населення. У 2017 році ВООЗ встановила мету ліквідувати ВГС до 2030 року [96].

У світі орієнтовно 240 млн. осіб – хронічні носії HBsAg – поверхневого антигену ВГВ. Деякі країни мають низький рівень ендемічності (менше 2 %), інші – високий (більше 8 %) [97]. Поширеність має залежність від соціального та економічного статусу області, особливостей поведінки громадян, від дієвості противірусної терапії [98]. Світова глобалізація, як і пов'язані з нею процеси, постійна механічна міграція населення чинять певний вплив на поширеність та захворюваність у так званих низькоендемічних європейських країнах

(Німеччині, Італії). Показники поширеності HBsAg серед європейського населення підвищуються завдяки мігрантам та біженцям з інших країн [99, 100].

Важливо докласти зусиль задля попередження виникнення випадків зараження ВГВ внаслідок поведінки високого ризику серед представників ключових груп, навіть за умови відповідної вакцинації [101, 102].

Як свідчить Сергєєва Т. А., протягом останніх років в Україні не зафіксовано певних коливань рівня зареєстрованої захворюваності на ВГВ [103]. Під час проведення вивчення вікового складу хворих на гострі та хронічні форми досліджено, що хворіють переважно особи дорослого віку.

Встановлено, що серед населення України наявні коливання рівня захворюваності на ВГВ від 3,15 у 2014 р. до 5,19 у 2010 р. Середнє значення коливалось в межах $3,91 \pm 0,28$ на 100 тис. нас.

ВГС спричиняється РНК вірусом. По вірусологічній класифікації відноситься до родини Flaviviridae та роду гепатовірусів. По генотипу має сім різних видів та 90 підтипів. Найбільшу генетичну розбіжність та мінливість має 6-ий тип, 24 підтип [104]. Саме цей вид найбільш мінливий та підлягає найбільшій хіміорезистентності. В склад віріону входить близько 3000 амінокислот.

Хронічна форма ВГС має інкубаційний період більше 6 місяців. Багатьма авторами припускається, що цей вірус є провідним етіологічним фактором виникнення гепатоцелюлярного раку [105]. Також ВГС може призводити до цирозу печінки. Морфологічно печінка має явні ознаки фіброзу. Найбільш частими ускладненнями є асцит, бактеріальний перитоніт та портальна гіпертензія, яка в подальшому проявляється шлунково-кишковою кровотечею.

Протидія ВГС – важливе медико-соціальне та економічне питання. В світі приблизно 130-170 млн. людей заражені ВГС, загальна інфекційна поширеність складає 2-3,0 % [106]. Рівні розповсюдження інфекції відрізняються залежно від регіонів, окремих держав, а також вікових та ключових груп в межах окремих держав. Це можна пояснити як шляхом передачі, так і особливостями поведінки населення, яке вивчалось.

Внутрішньовенне вживання наркотиків є головним фактором передачі ВГС у розвинених країнах та країнах, що розвиваються. Розподіл генотипів / підтипів ВГС суттєво відрізняється між людьми, які вживають ін'єкційні наркотики, та серед загальної популяції [107].

Автори сучасних клінічних рекомендацій пропонують лікувати ВГС людям із ризиком зараження, таким як СН, незалежно від тяжкості захворювання печінки [108, 109].

В більшості держав, які перебувають на шляху економічного та соціального розвитку, дані про навантаження ВГС відсутні, при цьому саме в них мешкає переважна частина населення, яке може бути ураженим ВГС. Країна, в якій зафіксовано найбільший рівень ВГС – це Єгипет, ця держава вважається високо ендемічною за ВГС, зараження відбувається переважно під час небезпечних медичних процедур та незахищених контактів. Зафіксовано також високу розповсюдженість ВГС в країнах Близького Сходу та Африки. Передують країни Ірак, Сирія, Камерун, Саудівська Аравія, поширеність ВГС в яких сягає 2,0 % – 15,0 %. Нижча поширеність притаманна країнам Північної та Західної Європи, Японії, Австралії, Північної Америки – в жодній з країн в зазначених географічних зонах не зафіксовано показник більше 2,0 % [110, 111]. В Україні спостерігалась виражена тенденція до зростання поширеності ВГС у 2013 – 2017 роках.

В когорті пацієнтів до 18 років віком поширеність зафіксовано на рівні 19,0 %, а в когорті пацієнтів віком 30 років, – до 50,0 %. Неєфективна стерилізація обладнання та інструментарію під час боротьби з шистосомозом, яку активно проводили в Єгипті в 1950-1980 рр., виявилася причиною розповсюдження ВГС серед широких верств населення, а повторне застосування голки для ін'єкцій та переливання неперевіреної крові є переважними чинниками ризику. Дані, отримані під час досліджень, що були проведені епідеміологами, вказують на суттєву питому вагу ВГС, переважно в Ірані та Китаї [112 - 114].

Під час аналізу результатів опитування, яке провели в США, досліджено, що приблизно 5-7 млн людей можуть бути серопозитивними щодо ВГС, поширеність ВГС складає від 1,6 до 1,8 %, ВГС знаходять в 75 % випадків

у людей, які народилися протягом 1945-1965 рр. Третина серед тих, в кого визначено ВГС, є представниками ключових груп (особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, безхатченки тощо). Інші заражені – дорослі люди, яких було інфіковано під час переливання неперевереної крові до кінця першої половини восьмидесятих років минулого сторіччя [115, 116].

Важливим є факт, що переважна більшість осіб з ВГС не знають про свій статус. Саме це є причиною необ'єктивної оцінки епідемічного стану в окремих світових регіонах і в Україні, в тому числі. Запізнена діагностика та прогресуюча течія хвороби, з наголосом на групи підвищеного ризику, навіть за наявності ефективних ліків унеможлиблює проведення ефективного контролю за ВГС [117].

За масштабами захворюваності в Україні та за величиною негативного впливу на здоров'я населення, вірусні гепатити посідають в структурі інфекційної патології переважне місце. Суттєвою проблемою медичної науки та практики охорони здоров'я в світі являються в той же час вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом трансферу збудників, ВГВ і ВГС, перш за все. Надана оцінка визначається розповсюдженням, значним рівнем захворюваності, явним поліморфізмом клінічних ознак, великою кількістю факторів та шляхів переносу збудників, а також дуже несприятливими наслідками, які можуть бути спричинені гепатитами – хронічним ураженням печінки, перш за все, гепатоцелюлярної карциноми та цирозу.

Останніми роками виявляється тенденція до хронізації захворювання [118, 119].

Згідно з оцінками експертів ВООЗ, майже 180 млн. осіб у світі мають хронічну вірусну інфекцію, а 350 тис. вмирають внаслідок ураження печінки ВГС щороку. Близько 400 млн. страждають на ВГВ на Землі. Внаслідок цієї інфекції вмирають щороку 500-700 тис. осіб. Україна належить до країн з середнім рівнем розповсюдженості ВГС – уражено близько 3,0 % громадян або близько 1,17 млн. осіб.

Зараження ВГВ та ВГС є причиною цирозу печінки у 57,0 % пацієнтів та первинного раку печінки у 78,0 % пацієнтів. Рівні захворюваності та летальності, що спричинені ВГС, прогресивно збільшуються та, відповідно до думки експертів, подвоються до 2022 р., а вже сьогодні загальна кількість хворих на ВГВ та ВГС в 14-15 разів перевищує кількість ЛЖВ у світі, яка становить біля 40 млн. осіб [120].

В Україні у 2017 р. зареєстровано 12445 епізодів зараження вірусними гепатитами, до цієї кількості ввійшли і 1330 епізодів, які сталися серед дітей у віці 0-17 рр. Це складає 29,4 на 100 тис. нас., в тому числі 17,5 на 100 тис. нас. серед дітей у віці 0-17 рр. Наведені індикатори не відбивають справжню ситуацію, так як тільки в 10-15,0 % заражень наявні жовтяничні форми з маніфестацією і тільки в одного пацієнта з семи присутні певні клінічні ознаки, а в шести інших пацієнтів зараження відбувається в прихованій формі і хворі дізнаються по свій діагноз за хронізації захворювання. Частіше за інших ВГС інфікуються представники ключових груп, які мають підвищені поведінкові ризики – СІН, особи, залучені до сексу за винагороду, та їх клієнти.

В світі близько 16 млн. людей є СІН і з цієї кількості близько 10 млн. заражені ВГС. Епідемічна ситуація з ВГС ускладнюється тим, що часто вірусні гепатити у пацієнтів поєднані з ВІЛ-інфекцією – це погіршує прогноз щодо тривалості життя, збільшує інвалідизацію та може зменшувати ефективність лікування.

Частіше зараження на ВГС відбувається як наслідок застосування наркозмісних речовин ін'єкційним шляхом [121]. З огляду на предикцію можливого перебігу епідемій ВГВ та ВГС без вжиття необхідних заходів, кількість інфікованих протягом наступних 40-50 років не зменшиться, а кількість смертей протягом 2015-2030 рр. дорівнюватиме 20 млн [122].

Не тільки в ключових групах з певним, обумовленим особливостями поведінки ризиком, зафіксовано високий рівень поширення ВГВ і ВГС. З огляду на інформацію МОЗ України, високі показники діагностування маркерів ВГВ та ВГС у вагітних та донорів надають можливість спрогнозувати так званий

епідеміологічний фон, тобто передбачити рівень поширення зазначених інфекцій в популяції взагалі – маркери щодо ВГВ та ВГС спостерігають у 4,0 % осіб, які є донорами крові. Серед вагітних виявляють маркери ВГС в середньому у 2,8 % випадків, а HbsAg – у майже 1,0 % випадків.

В Україні частота виявлення маркерів ВГВ та ВГС серед ВІЛ-інфікованих вагітних становить 35,3 % та 45,8 % відповідно [123].

1.2.4. Інфекції, що передаються статевим шляхом

За оцінками експертів ВООЗ, у світі щорічно 357 млн. людей у віці 15-49 років інфікуються чотирма збудниками, що передаються статевим шляхом, які є виліковними: хламідіозу (131 млн.), гонореї (78 млн.), сифілісу (6 млн.) та трихомоніазу (142 млн.). Швидкість поширення та індикатори захворюваності суттєво відрізняються між країнами Європи, а більш значні показники притаманні Північній частині континенту. У 27 країнах, серед тих, що входять до Європейського Союзу, у 2014 р. зареєстровано 66413 випадків захворювання на гонорею, рівень захворюваності складав 20,0 випадків на 100 тис. нас. Кількість зареєстрованих випадків, за висновками Уускула А., порівняно з 2013 р., підвищилась на чверть, особливо серед ЧСЧ [124 - 126].

Значна поширеність характерна і деяким ІПСШ, що мають вірусну структуру: близько 417 млн. осіб заражені вірусом простого герпесу II типу, вірус папіломи людини вразив приблизно 290 млн. жінок. ІПСШ мають очевидну статеву залежність – так, зараження на сифіліс під час вагітності призводить до більше 300 тис. випадків загибелі плоду та спричиняє смерті новонароджених, а 215 тис. дітей ризикують загинути протягом першого року їхнього життя. Вірус папіломи людини є причиною щорічно 530 тис. випадків раку шийки матки, а 264 тис. жінок вмирають із-за цього онкозахворювання.

Як зазначає Чернікова Л. І. [127], інфекції, що передаються статевим шляхом, – сифіліс, трихомоніаз, урогенітальний кандидоз, хламідіоз, - часто асоційовані з ВІЛ-інфекцією. Це значно збільшує ризик зараження ВІЛ. Тому ІПСШ називають ко-факторами ВІЛ-інфекції. Значна поширеність сифілісу

спричиняє тяжкі наслідки та є причиною неонатальної смертності 6,2 % новонароджених дітей в усьому світі, 9,7 % мертвонароджень відбувається в жінок, хворих на сифіліс [128]. Захворюваність на сифіліс у Сполучених Штатах зростає, особливо серед ЧСЧ. [129]. Стратегії боротьби із захворюваннями, орієнтовані на попередження розповсюдження гострого первинного сифілісу та основні групи передачі, можуть посилити контроль за сифілісом серед ЧСЧ [130].

За даними дослідників, спектр ППСШ, що діагностується, є широким із суттєвими відмінностями залежно від ВІЛ-статусу. Попередня експозиційна профілактика може відігравати певну роль у профілактиці ВІЛ серед групи ризику [131].

Найбільш надійний спосіб уникнути передачі ППСШ - утриматися від орального, вагінального та анального сексу або перебувати в довгострокових, взаємно моногамних стосунках з партнером, про якого відомо, що він не заражений [132].

Покращення рівня знань про ППСШ, особливо серед чоловіків з ВІЛ-негативним / невідомим статусом, та сприяння регулярному тестуванню на ППСШ серед чоловіків, яким притаманна ризикована поведінка щодо ППСШ, є життєво важливими для вирішення проблем сексуального здоров'я ЧСЧ [133].

За період 2009-2018 роки в 27 країнах ЄС було зареєстровано 3885144 випадків зараження *Chlamydia trachomatis*. Протягом усього цього періоду рівень заражень серед жінок залишається стабільно вищим, ніж серед чоловіків. За 2018 рік держави-члени ЄС/ЄЕП повідомили про 406406 підтверджених випадків зараження *Chlamydia trachomatis*. Показник захворюваності становив в середньому 146 випадків на 100 тис. нас.

Коефіцієнти розповсюдження хламідійної інфекції значно різнилися між країнами що, ймовірно, обумовлено відмінностями в процедурі тестування та реєстрації, а не свідчить про фактичні відмінності поширеності хламідіозу. Рівень заражень продовжує залишатися найвищим серед дорослих жінок та осіб з гетеросексуальною поведінкою. Загальна кількість заражень в Данії, Норвегії,

Швеції та Сполученому Королівстві становить 82,0 % усіх випадків, повідомлених у ЄС/ЄЕП у 2018 році. Із загальної кількості 60,0 % зареєстровано у 2018 році у Великобританії, що пояснюється включенням даних з програми скринінгу, спрямованої на 15–24-річних дітей, яка діє з 2008 року. Ця програма пропонує послуги з тестування на ІПСШ на базі спільнот поза клініками, що призводить до значного зростання діагнозів хламідіозу починаючи з 2008 року.

У 2018 році спостерігали перевищення рівня в 200 випадків заражень на 100 тис. нас. – в Данії (578 випадків на 100 тис. нас.), Ісландії (527 на 100 тис. нас.), Норвегії (501 на 100 тис. нас.), Великобританії (366 на 100 тис. нас.), Швеції (310 на 100 тис. нас.) та Фінляндії (269 на 100 тис. нас.). Усі країни, що повідомляли про перевищення порогу 200 заражень на 100 тис. нас., мали стратегію боротьби з хламідіозом поєднану з активним скринінгом або сприянням широкому опортуністичному тестуванню. Про рівень захворюваності нижче 10 на 100 тис. нас. повідомляли 11 країн (Болгарія, Хорватія, Кіпр, Греція, Угорщина, Литва, Люксембург, Польща, Португалія, Румунія та Словаччина). Серед країн, що повідомляють щорічно про щонайменше 10 випадків на 100 тис. нас., найбільший приріст захворюваності спостерігався на Мальті (+216,0 %) та Словенії (+23,0 %), а найбільший спад спостерігався у Греції (-84,0 %) та Словаччині (-50,0 %) [134].

У 2016 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла глобальну стратегію щодо ІПСШ на період 2016–2021 рр., спрямовану на зменшення до 2030 р. рівня захворюваності на виліковні ІПСШ на 90 %. Впровадження стратегії протягом 2016–2021 років у 117 країнах з низьким та середнім рівнем доходу коштуватиме, за оцінками експертів, 18,1 млрд. доларів США. Статтями витрат є вакцинація проти вірусу папіломи людини (3,26 млрд. дол. США) та скринінг (3,69 млрд. дол. США), скринінг підлітків на хламідіоз (2,54 млрд. дол. США) та антенатальний скринінг на сифіліс (1,4 млрд. дол. США). Клінічне лікування - 18 млн. генітальних виразок, 29–39 млн. виділень з уретри та 42–53 млн. вагінальних виділень щорічно - коштуватиме 3,0 млрд. дол. США, у тому числі 818 млн. дол. США на надання послуг та 1,4 млрд. дол. США на

тестування на гонорею та хламідіоз. Світові витрати зростають з 2,6 до 4,0 млрд. дол. США протягом 2016–2021 років, що зумовлено збільшенням масштабів послуг стосовно вірусу папіломи людини, незважаючи на зниження цін на вакцини [135].

В Україні має місце високий рівень захворюваності на уrogenітальний хламідіоз (у 2015 році – 20048 випадків (46,9 на 100 тис. нас.). При тому, відповідні показники ймовірно відображають неповну реєстрацію рівня захворюваності на уrogenітальний хламідіоз. Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність хламідіозу серед населення України є нерівномірною. Чітко виділяються так названі уразливі групи, що відіграють ведучу роль у динаміці епідемічного процесу (робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, що мають статеві відносини з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН). Приналежність до даних груп визначається на підставі збору анамнезу та даних об'єктивного дослідження (сліди від ін'єкцій тощо) лікарем, та/або на підставі даних про суб'єкта, надані неурядовими організаціями (НУО) [136].

Трихомоніаз – найпоширеніша невірусна інфекція, що передається статевим шляхом, у США, яка вражає 3,7 мільйона осіб [137]. Збудником трихомоніазу є Трихомонада вагінальна (*Trichomonas vaginalis*) — один з видів джгутикових одноклітинних роду трихомонади.

Зараження *Trichomonas vaginalis* може спричинити у жінок вагініт, цервіцит та уретрит [138]. Гостра інфекція у чоловіків, як правило, протікає безсимптомно. Хронізація процесу може призвести до уретритів та простатитів [139].

Інфекція *Trichomonas vaginalis* вражає більше 11 % жінок у віці старше 40 років [140], особливо висока поширеність виявлена серед пацієнтів, які перенесли інші ПСШ (26,0 % жінок із симптоматикою та 6,5 % безсимптомних жінок) [141] та серед осіб, які перебувають під вартою 9–32,0 % жінок, які перебувають у в'язницях, і 2–9,0 % чоловіків, які перебувають у в'язницях [142]. Поширеність трихомоніазу серед ЧСЧ низька [143].

Більшість заражених (70,0 %–85,0 %) мають мінімальні симптоми або вони відсутні у них, а неліковані захворювання можуть тривати роками [144].

Трихомоніаз асоціюється із збільшенням ризику набуття ВІЛ [145], передчасних пологів та інших несприятливих наслідків вагітності серед вагітних жінок удвічі-втричі. Регулярний скринінг безсимптомних жінок з ВІЛ-інфекцією на *Trichomonas vaginalis* рекомендується через несприятливі явища, пов'язані з безсимптомним трихомоніазом та ВІЛ-інфекцією [146].

Невдача лікування *Trichomonas vaginalis* може становити від 7-10 % і навіть вище серед жінок з ВІЛ-інфекцією. На ефективність лікування може впливати вагінальна екологія [147].

A.S. Hinderfeld et al. показали, що асоціація *Trichomonas vaginalis* і видів бактерій CST-IV диверсифікованої вагінальної мікробіоти збільшує проникність епітелію піхви і шийки матки в 2 рази, що супроводжується підвищенням активності фосфатази. Крім того, ці мікроорганізми індукують зміни в експресії білків щільного з'єднання, зокрема окклюдіна, і прозапальних цитокінів ІЛ-6 і TNF-а [148].

Будучи позаклітинними паразитами, трихомонади можуть брати участь в ініціації і реалізації клітинної імунної відповіді з включенням каскаду цитокінінопосередкованих реакцій. Характер запалення і результат взаємодії між патогеном і механізмами протимікробної захисту господаря значною мірою залежать від спектру і рівня продукуються цитокінів. Дані цитокіни надають плейотропні біологічні ефекти на різні типи клітин, беручи участь у формуванні та регуляції захисних реакцій (розпізнають маркери активованого ендотелію) і імунопатологічних реакцій, в т.ч. через активацію умовно-патогенної мікрофлори [149].

В Україні урогенітальний трихомоніаз є однією з найбільш поширених ПСШ. У структурі всіх ПСШ трихомоніаз займає одне з перших місць у осіб, які звернулися за спеціалізованою дерматовенерологічною, акушерсько-гінекологічною та урологічною допомогою з приводу інфекційно-запальних захворювань урогенітального тракту. Однак, за останні роки, відзначається

зниження показників рівня захворюваності на уrogenітальний трихомоніаз, проте вони залишаються досить високими. Зокрема, в 2014 році рівень захворюваності на уrogenітальний трихомоніаз становив 57521 випадків (134,1 на 100 тис. нас.), а у 2015 році – 52423 випадки (122,6 на 100 тис. нас.) [150].

1.3. Державна політика в сфері охорони здоров'я щодо попередження соціально значущих інфекційних захворювань

Стан здоров'я населення, рівень освіти, соціалізація різних поколінь, здатність адаптуватися до умов, що змінюються, участь в соціальному житті суспільства – чинники, які визначають можливість успішного розвитку сучасних держав. Суспільство визначає через політику майбутнє людського потенціалу, а також статус, місце і роль громадянина у світі, що змінюється [151].

В Україні створена нормативно-правова база, якою регулюється медична допомога хворим на соціально значущі інфекційні та неінфекційні хронічні хвороби. Водночас, деякі положення та формулювання в існуючих документах мають бути адаптовані та відповідати загальноприйнятній міжнародній практиці. Формування та реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я має відбуватися на підставі, у межах повноважень і в спосіб, що передбачені Конституцією та законами України [152].

Як зазначає Власенко В. П., політика ОЗ – це сукупність мети, задач, переваг та засад, а також стратегічних планів, які формуються та імплементуються органами державної влади за участі інституцій громадянського суспільства. Це інструмент, що дозволяє державі отримати наявні результати у сфері ОЗ за допомогою адміністративних, юридичних, економічних важелів, засобів впливу та інших методів при залученні певних ресурсів. Реалізація політики ОЗ в розвинених країнах світу базується на фундаментальних принципах права (справедливість, рівність, свобода, гуманізм). Це програмно-орієнтовані, а також принципові конституційні засади, що визначають напрями державно-правового розвитку, нехтування якими може

привести до вирівнювання принципів національної безпеки та ціннісно-нормативної системи суспільства [153].

За визначеннями Калієва І. А., провадження ДП в розвинених країнах ґрунтується на основоположних засадах права (справедливість, рівність, свобода, гуманізм) [154].

У галузі ДП в сфері ОЗ одним з основних завдань є пом'якшення державної влади та спрямування на дотримання законності людьми, яким вона слугує, а також у регулюванні застосування влади згідно з законодавством. Отже, базовим підґрунтям сильних держав є чітке підпорядкування законам, що врешті сприятиме політичній стабільності [155].

Закріпивши в Основному Законі низку постулатів правової держави, український народ отримав задекларовані конституційні засади утворення та імплементації ДП в ОЗ, що відповідають загально визнаним міжнародним і європейським цінностям, представленим у міжнародних документах.

Ст. 49 Конституції України проголошує рівні права кожного на охорону здоров'я. ОЗ має бути забезпечена фінансами держави у вигляді певних програм - соціальних, економічних, медичних та оздоровчих. У державних та комунальних ЗОЗ медична допомога має надаватися безоплатно [156].

Сучасні процеси державотворення в Україні свідчать про недостатнє врахування інтересів пацієнтів органами влади [157]. Міграція населення, збільшення кількості осіб з девіантною поведінкою, соціальна дезадаптація, недостатнє державне фінансування медицини та соціальної сфери — все це є найважливішими передумовами для подальшого ускладнення епідемічної ситуації з СЗІЗ та іншими хворобами в Україні.

Нізова Н. М. [158] довела, що покращання якості допомоги хворим з ПСШ та підвищення її доступності для різних верств населення, особливо для представників ключових груп, є одним з науково обґрунтованих та

підтверджених способів зниження захворюваності (наприклад, на парентеральні гепатити та ВІЛ у цілому). До п'яти основних ключових груп населення, що особливо вразливі до ВІЛ і часто не мають адекватного доступу до послуг, відносять трансгендерних осіб, чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками, працівників секс-бізнесу, людей, що вживають ін'єкційні наркотики, а також ув'язнених осіб, які утримуються під вартою.

Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013 р. № 104 [159] встановлює перелік груп, яким притаманний підвищений ризик інфікування ВІЛ:

1. СІН.
2. Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду.
3. ЧСЧ.
4. Статеві партнери СІН.
5. Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду.
6. Статеві партнери ЧСЧ.

Задля реалізації заходів, що мають метою забезпечення кожному доступності, безоплатності та однакових можливостей в отриманні медичної допомоги, в Україні приймаються численні нормативно-правові акти. Держава, серед іншого і в правовому контексті (в особі органів центральної і місцевої виконавчої влади, а також органи самоврядування) робить суттєві кроки для забезпечення всебічного захисту громадян від соціальних і хронічних хвороб [160].

МОЗ України наділено повноваженнями у сфері протидії соціальним та хронічним захворюванням:

- 1) забезпечує формування ДП;
- 2) узагальнює процедуру впровадження законодавства у галузі протидії соціальним та хронічним хворобам, формує пропозиції стосовно його удосконалення;

3) регулює діагностичну, профілактичну, медичну допомогу хворим на соціальні та хронічні хвороби, а також санаторне лікування, а також затверджує форми та порядки ведення відповідної облікової документації;

4) визначає періодичність проведення та правила стосовно обов'язкових медичних оглядів певних категорій громадян, а також категорії населення, що віднесено до груп підвищеного ризику заражень;

5) аналізує і прогнозує ситуацію з епідеміями, у тому числі регіональну, розробляє протиепідемічні пропозиції та спрямовує їх на затвердження Кабінету Міністрів України.

Місцеві органи виконавчої влади:

1) забезпечують впровадження ДП, сприяють розробці та впровадженню відповідних регіональних програм, надають пропозиції до державних програм;

2) організовують заходи, спрямовані на соціальний захист хворих;

3) виконують протиепідемічні заходи та перевіряють їх повноту та якість;

4) доносять до населення необхідну санітарно-просвітницьку інформацію із залученням засобів масової інформації про наявну епідемічну ситуацію та проводимі заходи задля її покращення;

5) сприяють забезпеченню підпорядкованих лікувальних закладів ресурсами, в т.ч. кадровими та матеріально-технічними.

Органи місцевого самоврядування:

1) затверджують програми місцевого рівня, забезпечують їх матеріально та технічно і контролюють їх виконання;

2) виконують передбачені законодавством заходи соціального захисту пацієнтів [161].

Указ Президента України від 22.03.2002 р. № 290/2002 «Про Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на туберкульоз», було видано задля активізації заходів щодо попередження виникнення і поширення ТБ із врахуванням коментарів ВООЗ [162].

Постанова КМУ від 25.06.2014 р. № 205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи

які тримаються в установах виконання покарань» визначає процедуру організації обов'язкового медичного обстеження та курації хворих на ТБ з числа осіб, що були узяті під варту або які перебувають в установах виконання покарань [163].

Наказ МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818 «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз» спрямований на збільшення ефективності допомоги хворим на ТБ та своєчасного надання їй, вірності інформації та даних; своєчасного розпізнавання хворих на ТБ; створення узагальнених звітів стосовно важливих показників та причин, що мають вплив на течію захворювання [164].

Медичні огляди проводяться в ЗОЗ незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги при зверненні особи за медичною допомогою. Медичні огляди у державних і комунальних закладах проводяться безоплатно [165].

У контексті СЗІЗ та наявних випадків оприлюднення діагнозів ВІЛ-інфікування, наприклад, державою гарантується дотримання конфіденційності [166]. Ст. 32 Конституції України наголошує, що не можна збирати конфіденційну інформацію про будь-яку особу без її письмової згоди, крім чітко визначених законодавством випадків. На це ж спрямовані положення ст. 286 Цивільного кодексу, у якій йдеться, що громадяни мають право на зберігання таємниці про стан свого здоров'я, забороняється вимагати й надавати інформацію про діагноз та можливі застосовані методи лікування [167].

Згідно зі ст. 53 Основ законодавства України про охорону здоров'я, ЗОЗ мають проваджувати певні профілактичні та лікувальні заходи з метою попередження розповсюдження СЗІЗ, а також карантинних захворювань [168].

Згідно ст. 2 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991р. № 1973-ХІІ [169], ДП у сфері протидії поширенню хворобам, зумовленим ВІЛ, має бути імплементована, серед іншого, програмами профілактики ВІЛ та науковими дослідженнями у зазначеній галузі.

Згідно Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» від 22.03.2017 р. за № 248-р [170], основні напрями і шляхи реалізації Стратегії:

1. Удосконалення системи керування програмами протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні держави.
2. Фінансування заходів, спрямованих на протидію СЗІЗ.
3. Вдосконалення етапів медичної допомоги і соціальних послуг.
4. Вдосконалення епіднагляду, моніторингу й оцінювання заходів, спрямованих на протидію ТБ та ВІЛ.

Наказ МОЗ «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19.08.2005 р. № 415 [171] визначає процедуру та порядок проходження добровільного консультування та тестування громадян на ВІЛ і має виконуватися всіма ЗОЗ, об'єднаннями громадян, у тому числі міжнародними, а також іншими установами, що працюють у сфері протидії ВІЛ та підтримки ЛЖВ.

Важливим нормативним актом в галузі протидії СЗІЗ є спільний Наказ МОЗ України, МОНУ, МССМС, ДКВС, МПСПУ «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а [172].

Питання профілактики ВІЛ є обов'язковим до вивчення в навчальних закладах всіх рівнів, має входити до медичних, педагогічних та молодіжних освітніх програм тощо. Проблему профілактики ВІЛ органи влади мають висвітлювати в засобах масової інформації та під час масових просвітницьких заходів для груп населення з притаманною їм ризикованою поведінкою.

Погіршення ситуації із зараженням на ВІЛ та збільшення кількості хворих на СНІД обумовлено певними соціально-економічними та медичними факторами. Перш за все, це погіршення економічного становища, а система

просвіти населення з питань запобігання зараження ВІЛ недосконала та застаріла.

Наказом МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ» від 10.07.2013 р. № 585 [173], затверджено нормативні акти щодо вдосконалення організації медичної допомоги ЛЖВ, визначено, також, порядок постановки діагнозу ВІЛ-інфекції.

Окремі важливі аспекти, пов'язані з протидією СЗІЗ, закріплено в Законі України від 15.02.1995 р. № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних речовин, їх аналогів та прекурсорів та зловживанню ними» [174], яким передбачено низку адміністративно-правових заходів, спрямованих на протидію поширенню в Україні наркоманії.

Деякі підзаконні нормативні акти містять положення, що деталізують процедурний характер. Зокрема, це затверджений МОЗ та МВС України наказ «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» від 16 червня 1998 року № 158/417, зареєстрований в міністерстві юстиції України 28 липня 1998 р. за № 482/2922 [175], яким визначено порядок проведення медичного обстеження осіб, що зловживають наркотичними та психотропними речовинами. Такі особи мають бути направлені органами внутрішніх справ на медичний огляд до ЗОЗ, які надають профільну наркологічну допомогу.

Медичне обстеження та лікування в державних наркологічних лікарнях відбувається за бюджетні кошти. Ухилення осіб від медичного обстеження тягне за собою відповідальність.

В Україні відсутні законодавчі акти, що в повному обсязі регламентують допомогу хворим на хронічні дерматози та ПСШ. Окремі фрагменти діяльності дерматовенеролога були частково визначені в Кодексі України про адміністративні правопорушення [176], Кримінальному Кодексі України [177], Законі України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя

населення» [178], Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [10], Законі України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» [179]. Водночас деякі положення та формулювання в них не відповідають загальноприйнятій міжнародній практиці.

Законодавчий компонент та програмні задачі у галузі протидії СЗІЗ мають формуватися з врахуванням основних принципів, що їх потребують особливості цих захворювань: дієва профілактика, своєчасне діагностування захворювання та повне лікування [180]. Системність передбачає взаємодію різних галузей народного господарства, суб'єктів різних організаційно-правових форм, координацію цієї роботи на міжгалузевому рівні [181].

Висновки до розділу 1

1. Результати теоретичного аналізу засвідчили, що серед соціально значущих захворювань не втрачають своєї актуальності інфекційні хвороби, такі як ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, хронічні вірусні гепатити В і С. Особливості причин їх розвитку й поширення полягають у поєднанні інфекційних агентів і соціальних факторів. Це призводить до важких наслідків для здоров'я популяцій і здійснює додаткове навантаження на економіки країн і їх системи охорони здоров'я.

2. Показано, що в світі зусиллями державних і громадських інституцій досягнуто певних успіхів у протидії захворюваності та поширеності СЗІЗ: впродовж 1996 – 2018 років кількість нових випадків зараження ВІЛ знизилася з 2,9 млн до 1,7 млн; захворюваність на туберкульоз з 2000 р. до 2017 р. щороку знижувалася в середньому на 2,0 %; кількість людей, які живуть з ВІЛ і мають доступ до АРТ, зросла з 7,7 млн в 2010 р. до 23,3 млн у 2018 р.; розроблені та впроваджені схеми ефективної протитуберкульозної хіміотерапії, АРТ, лікування гепатиту С противірусними препаратами прямої дії.

3. Виявлено, що трансформації збудників СЗІЗ призвели до активного розвитку коінфекцій туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/Вірусні гепатити В і С, що посилює актуальність проблем СЗІЗ для здоров'я людства, як і зростання захворюваності

на мультирезистентний туберкульоз і гепатит В, захворюваності й смертності, пов'язаних з інфікуванням вірусом гепатиту С, мільйони випадків захворюваності щороку на сифіліс та десятки мільйонів – на гонококову інфекцію.

4. Показано, що в Україні динаміка рівнів захворюваності, поширеності СЗІЗ та смертності від хвороб, пов'язаних із СЗІЗ, не завжди відповідає загальносвітовим тенденціям: захворюваність на СНІД зростає з 19,8 у 2015 р. до 21,9 у 2017 р. на 100 тис. нас., а смертність, спричинена СНІД, – з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас.; інтенсивний показник захворюваності на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ підвищився протягом 2011-2017 років на 21,0 %; реєструються високі показники діагностування маркерів вірусних гепатитів В і С у вагітних і донорів.

5. З'ясовано, що в рейтингу регіонів України за рівнями захворюваності й поширеності на СЗІЗ провідні місця стабільно займали Миколаївська, Одеська та Херсонська області: рівні поширеності на ВІЛ-інфекцію/СНІД були найвищими в країні і на початок 2019 р. склали в Одеській області – 898,3 на 100 тис. нас., Миколаївській – 743,5 на 100 тис. нас., Херсонській – 420,1 на 100 тис. нас.; на ці області припадало 17,0 % випадків вперше виявленого мультирезистентного туберкульозу в країні; середні показники захворюваності на туберкульоз в цих регіонах більше, ніж вдвічі, перевищували середньо-український показник; середні показники поширеності хронічних форм HCV інфекції у 2013-2017 рр. в Миколаївській області склали 234,6 на 100 тис. нас., Одеській – 171,3 на 100 тис. нас., Херсонській – 111,32 на 100 тис. нас. при відповідному показникові по країні 114,0 на 100 тис. нас.

6. Розкрито зміст державної політики і стратегій, спрямованих на профілактику й подолання СЗІЗ в Україні на усіх рівнях державного управління. Разом з тим активна міграція населення, збільшення контингенту осіб з девіантною поведінкою, соціальна дезадаптація, низький рівень розвитку економіки, військові події, недостатнє державне фінансування медицини та

соціальної сфери залишаються істотними передумовами для подальшого ускладнення епідемічної ситуації з СЗІЗ, зокрема, в південних регіонах країни.

7. Таким чином, отримані результати теоретичного аналізу підтвердили актуальність проблеми СЗІЗ в світі та зокрема, в Україні, недосконалість організації профілактики та протидії зазначеним хворобам, активність соціальних детермінант, що їх обумовлюють. Отримані результати підтвердили доцільність подальшого проведення дослідження з метою медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ .

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Козишкурт О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., Лебедюк М. М., Савчук А. І. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. № 3. С. 62–67. DOI: 10.29254/2077-4214-2018-3-1-145-62-67. [4]

2. Талалаєв К. О., Козишкурт О. В., Лебедюк М. М., Голубятников М. І., Пучкова Г. В. Проблемні питання епідемічного процесу деяких соціально небезпечних хвороб в Одеській області *Одеський медичний журнал*. 2018. № 4. С. 5–11. [9]

3. Талалаєв К. О. Предиктивна медицина – виклики і досягнення. *Одеський медичний журнал*. 2016. № 4. С 69–74. [19]

4. Талалаєв К. О. Від лікувальної допомоги до предиктивної медицини. Ознаки розвороту тренду. *Вісник морської медицини*. 2016. № 4. С. 7–11. [20]

5. Талалаєв К. О. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом). *Вісник морської медицини*. 2019. № 1. С. 6–13. [54]

6. Оценка психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных женщин / В. А. Чатковская-Цыбуля, И. Н. Шухтина, В. С. Гойдык, В. В. Шухтин, В. Н. Скнар, К. А. Талалаев. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2018. №2. С. 64-71. [56]

7. Козішкurt О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., Бабієнко В. В., Савчук А. І., Єрємєєва Н. В. Сучасні етіологічні та епідеміологічні риси гострих вірусних уражень печінки. *Вісник морської медицини*. 2018. № 3. С. 45–56 [121].

8. Низова Н. М., Талалаєв К. А., Миронюк И. С. Роль первичного звена медико-санитарної допомоги населенню в системі протидії ВИЧ-інфекції половим путем в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2013. № 4. С. 7–13. [158]

9. Талалаєв К. О. Державна політика України в галузі організації охорони здоров'я щодо попередження соціальних і хронічних хвороб. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 1. С. 5–16. [180]

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика методології, програми та етапів дослідження

Досягнення мети дослідження – медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ та оцінка її медичної, соціальної та економічної ефективності – було можливим за умови застосування спеціально розробленої багаторівневої структурованої програми, з виокремленням етапів дослідження.

Зміст етапів передбачав: визначення специфічних для кожного етапу завдань, методів їх вирішення, обсягу та видів необхідних матеріалів; проведення комплексного аналізу проміжних результатів і використання їх як підґрунтя для вирішення завдань наступних етапів; узагальнення отриманих даних і покладання їх в основу обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі, впровадження її елементів в практику охорони здоров'я з наступною експертною оцінкою ефективності.

Засадничими умовами розробки програми слугувала загальноприйнята методологія наукового пізнання з використанням філософського принципу діалектики, загальнонаукової методології теоретичного та емпіричного дослідження й наукової галузевої методології, визначеної паспортом спеціальності «Соціальна медицина».

Методичну основу роботи становили принципи багатофакторності, усебічності пізнання, системності, комплексності, об'єктивності з застосуванням методів системного підходу та системного аналізу на усіх етапах дослідження, бібліосемантичного, медико-географічного, соціологічного, медико-статистичного, економічного аналізу, організаційного експерименту, концептуального і графічного моделювання, експертних оцінок.

З метою комплексної оцінки показників захворюваності, поширеності та смертності населення, обумовлених СЗІЗ, використовувалась методика Полякова-Малинського.

Дослідження охоплювало за різними показниками період 2006–2018 років.

Проведення дослідження, відповідно до програми, передбачалось у шість етапів (рис. 2.1).

На першому етапі завданнями дослідження передбачалося проведення теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми соціально значущих інфекційних захворювань, факторів ризику, що їх обумовлюють, та впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я.

Поставлені завдання виконувалися шляхом застосування методів системного підходу і системного аналізу, бібліосемантичного. Інформаційною базою дослідження стали джерела наукової медичної інформації (265 од., з них 114 – іноземних авторів, статистичні матеріали, розміщені в міжнародних базах The National Center for Biotechnology Information (NCBI), The National Library of Medicine (NLM), Medscape, SciELO, Duke University Medical Center Library & Archives, PubMedCentral, Medline, ScienceDirect), законодавчі, нормативно-правові акти (76 од.), розташовані на офіційних сайтах вітчизняних державних служб. Обробка статистичних даних здійснювалася за допомогою методу медико-статистичного аналізу.

Відбір наукової інформації для аналізу здійснювався у напрямках, що дозволили виявити:

- 1) гендерні, вікові, географічно обумовлені епідемічні особливості перебігу епідемічних процесів, обумовлених СЗІЗ;

Мета дослідження	Провести медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності	
Перший етап	Теоретичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми соціально значущих інфекційних захворювань, факторів ризику, що їх обумовлюють, та впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я	
	Матеріали: 265 наукових праць (з них 114 – англійських) зарубіжних і вітчизняних вчених, матеріали ВООЗ (13 од.), нормативно-правові акти за темою (76 од.), дані Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України (всього 38 од.)	
Другий етап	Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту та предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури й обсягу інформаційних матеріалів	
Третій етап	Аналіз епідемічної ситуації щодо соціально значущих інфекційних захворювань в Миколаївській, Одеській і Херсонській областях	
	Визначення тенденцій розвитку епідемій на короткострокову перспективу Дослідження впливу вікових характеристик населення, інтенсивності міграції, рівня безробіття, урбанізації на захворюваність, поширеність, смертність населення від соціально значущих інфекційних захворювань	Матеріали: дані Євробюро ВООЗ, ЦГЗ України, ДОЗ регіонів, форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 8, 9, 33, 34 (49 од.))
Четвертий етап	Комплексний аналіз і оцінка діяльності державних інституцій і мережі закладів охорони здоров'я Миколаївської, Одеської і Херсонської областей з організації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	
	Аналіз виконання державних соціальних програм з профілактики й протидії соціально-значущим інфекційним захворюванням за показниками результативності на регіональному рівні. Аналіз мережі та ресурсного забезпечення профільних закладів охорони здоров'я. Визначення рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою	Матеріали: галузеві і регіональні звіти з виконання цільових державних програм; форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 17, 20, 47-здоров) за 2006-2016 рр. (усього 51 од.), кошториси, розпорядчо-звітні документи закладів охорони здоров'я (23 од.), анкети соціологічного опитування (389 од.)
П'ятий етап	Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	
	Узагальнення результатів попередніх етапів дослідження. Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ (на прикладі Одеської області)	Матеріали: програмні документи ВООЗ (5 од.), нормативно-правові акти (9 од.), результати власного дослідження
Шостий етап	Впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання на державному, регіональному та місцевому рівнях. Оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності моделі	
	Впровадження елементів моделі в чинну систему охорони здоров'я; оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності, експертна оцінка моделі	Матеріали: кошториси, розпорядчо-звітні документи органів і закладів охорони здоров'я (7 од.); анкети експертів (24 од.)
	Методи дослідження на етапах: системного підходу і системного аналізу I-VI; бібліосемантичний – I; соціологічний – IV; медико-статистичний – I, III, IV, VI; медико-географічний – II; економічного аналізу – IV, VI; моделювання – III, V, VI; експертних оцінок – VI	Впровадження: Формула корисної моделі (номер заявки u 2020 01572), заявка на винахід (номер заявки a 2020 01571); публікації у наукових фахових виданнях (25 од.), матеріалах наукових форумів (11 од.), акти впровадження (26 од.), довідки: МОЗ (1 од.); Департаменту ОЗ Одеської ОДА (1 од.); Одеської міської ради (1 од.)

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження

- 2) проблемні питання для світових систем охорони здоров'я, обумовлені СЗІЗ;
- 3) переваги та недоліки систем протидії СЗІЗ в країнах світу з різним рівнем економічного розвитку;
- 4) напрями вітчизняної державної політики з профілактики та подолання епідемії СЗІЗ;
- 5) недостатньо досліджені проблеми з профілактики та протидії СЗІЗ, тощо.

Показано, що в країнах світу застосовано різноманітні моделі інтегрованої високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із СЗІЗ, але наукових досліджень в Україні за цим напрямом бракує.

Результати першого етапу представлені у першому розділі дисертації.

Результати теоретичного аналізу стали підґрунтям для обрання напрямку дослідження, визначення мети, завдань, об'єкту, предмету дослідження, його обсягу, розробки програми дослідження, що здійснювалося на *другому етапі* з використанням методів системного підходу і системного аналізу. Обрані методи дозволили представити окремі структурні елементи програми як цілісну систему, складові якої об'єднані спільною метою та повинні виконуватися у логічній послідовності з урахуванням специфічних особливостей завдань кожного етапу й методів їх вирішення.

Значна увага на другому етапі приділена визначенню наукової бази дослідження, якою обрані три регіони: Миколаївська, Одеська, Херсонська області, за допомогою медико-географічного методу. Відбір регіонів здійснювався з урахуванням близькості їх географічного розташування на півдні України, подібності соціально-демографічних та економічних характеристик, природних умов і масштабності епідемії СЗІЗ за результатами теоретичного аналізу.

Зокрема, спільним для регіонів визнано вихід до Чорного та Азовського морів, що обумовило розвиток суднобудування, курортів, туристичного господарства, активну життєдіяльність найбільших українських портів (Южний,

Чорноморськ, Одеса) [182]. Ці спільності надавали змогу успішно контактувати з іноземними країнами і водночас ставали одним з чинників активного поширення соціально значущих інфекційних хвороб серед мешканців регіонів. В зазначених областях розвинена також багатогалузева харчова промисловість, сільське господарство, рекреаційні комплекси [183 - 185].

Миколаївська область міститься на Півдні України в басейні нижньої течії річки Південний Буг в межах Причорноморської низовини, має площу 24,6 тис. кв. км. Межує з Дніпропетровською, Херсонською, Одеською, Кіровоградською областями. На півдні омивається водами Чорного моря [186]. За даними [187], станом на 01.01.2019 р. населення області становило 1131096 осіб, серед яких 774119 – міське населення, 356977 – сільське населення. Середній вік чоловічого населення області становив 38,5 років, жіночого – 43,8 років [188]. З 2009 по 2018 рр. у Миколаївській області спостерігалось природне скорочення населення, середньорічний показник якого становить - 4,9 на 100 тис. нас. При цьому в 2018 р. показник природного скорочення населення становив - 7,1 на 100 тис. нас. В області наявна потужна транспортна система, до якої входять автомобільний, морський, залізничний, авіаційний, річний транспорт. Миколаївський морський торговельний порт з'єднується з Чорним морем Бузько-Дніпровським лиманським каналом протяжністю 44 милі [189]. За даними 2017 р., у Миколаївській області функціонувало 9 санаторіїв та пансіонатів з лікуванням, 5 санаторіїв-профілакторіїв, в яких сумарно налічувалося 4,1 тис. ліжок, а також 11 будинків та пансіонатів відпочинку та 167 баз та інших закладів відпочинку, сумарна кількість місць в яких становила 21,8 тис. од. [190].

Одеська область – регіон на крайньому південному заході України, розташована на території між Дунаєм та Тілігульським лиманом, має загальну площу 33,3 тис. кв. км (5,5 % від території України), є найбільшою та однією з найрозвиненіших областей України в напрямках транспорту, туризму, економіки, культури. Одеська область межує державним кордоном з Румунією і Молдовою. Рекреаційний потенціал Одещини створюється завдяки впливу як

сонячного випромінювання, так і Чорного моря, пляжів, лікувальних вод та грязей [191]. До складу інфраструктури туризму на 01.01.2017 року входило 1147 установ, серед них: 366 готельна та 781 оздоровча.

За даними [188], станом на 01.01.2019 чисельність мешканців Одеської області становила 2369248 осіб, з них у віці 0-14 років - 403993 осіб, 15-64 роки - 1595555 осіб. Міського населення нараховувалося 1577232 осіб, сільського – 792016 осіб. Середній вік чоловічого населення області становив 37,6 років, жіночого – 42,5 років. Аналіз демографічної ситуації Одеської області за 2009 – 2018 роки засвідчив негативні тенденції, зокрема, щорічне природне скорочення населення становило в середньому 2,7 на 100 тис. нас. У 2018 р. природне скорочення досягнуло рекордного показника - 4,4 на 100 тис. нас. [192]. У 2017 р. кількість населення із середньодушовими загальними щомісячними доходами, нижчими ніж фактичний прожитковий мінімум в Одеській області, складала 840,5 тис., що становить 35,7 % від загальної чисельності населення області [193].

Херсонська область розташована у межах Причорноморської низини у південній частині держави. Площа Херсонської області складає 28,5 тис. кв. км, що становить 4,7 % території України (7 місце серед областей). На півдні межує з АР Крим, на північному заході - з Миколаївською областю, на півночі — з Дніпропетровською областю, на сході — із Запорізькою областю. Область розташована на нижній течії Дніпра в степовій зоні, омивається двома морями - Азовським та Чорним, а також озером Сиваш і Каховським водосховищем. Херсонська область налічує 2 морських торговельних порти та 1 річковий порт [194].

За даними [195], станом на 01.01.2019 населення області налічувало 1036208 осіб, із яких 633123 осіб – міського та 403085 – сільського населення. Середній вік чоловічого населення становив 38,1 років, а жіночого – 43,5 років [188]. За період з 2009 по 2018 рр. спостерігалось природне скорочення населення, середній щорічний показник якого становив 4,41 на тис. нас.

Матеріалами дослідження в цій частині слугували офіційні статистичні дані про розвиток регіонів, обраних базою дослідження.

Результати другого етапу представлені у другому розділі дисертації.

Третій етап дослідження присвячувався детальному аналізу регіональних особливостей епідемічної ситуації щодо СЗІЗ в Миколаївській, Одеській і Херсонській областях впродовж 2006-2016 рр., зокрема, внеску ВІЛ-інфекції, туберкульозу, хронічних гепатитів В і С, ІПСШ у формування здоров'я населення. Оцінці піддавались відмінності розрахованих інтенсивних показників захворюваності, поширеності, смертності від окремих СЗІЗ від середніх аналогічних показників по Україні. Зважаючи на виражену неоднорідність зазначених показників, а також з метою співставлення цих регіонів з іншими регіонами України й визначення спільних тенденцій розвитку епідемії СЗІЗ проведена комплексна оцінка вищевказаних показників. Для цього використана методика Полякова-Малинського, яка широко апробована та застосовується в системі охорони здоров'я в різних прикладних аспектах (рейтингові оцінки закладів ОЗ, комплексні оцінки за показниками діяльності та інші).

Основою представленої методики є алгоритм Полякова - Малинського, що базувався на оцінках середніх значень показників та їх сигмальних відхилень. Розраховані оцінки представлені у відсотках (від 0,0 % до 100,0 %), де середній рівень приймається за 50,0 %. Нормовані за середнім квадратичним відхиленням показники оцінюються за 5-тибальною шкалою оцінки рівня якості показника (дуже високий рівень, високий, середній, низький, дуже низький). Відповідно, дані ранжуються без екстраполяції за критерієм, що високі (перші) ранги мають регіони з найвищим рівнем комплексної оцінки показників (максимальні рівні захворюваності, поширеності, смертності).

Використовувався також метод аналізу динамічних рядів з виявленням і описом характерних тенденцій змін показників захворюваності, поширеності та смертності населення досліджуваних регіонів і України за період дослідження з наступною екстраполяцією отриманих значень динамічного ряду, що піддавався

аналізу.

На даному етапі дослідження вивчався вплив демографічних факторів (народжуваності, частки осіб віком 15-64 роки, урбанізації, зміни чисельності популяції, міграції, безробіття), та значення фактору часу (року реєстрації показників) на розвиток епідемій СЗІЗ з побудовою регресивних моделей шляхом покрокового виключення факторів (змінних) до досягнення максимуму впорядкованого коефіцієнта детермінації [196].

В якості матеріалів дослідження на даному етапі використані статистичні дані Єврорюро ВООЗ, ЦГЗ України, форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 8, 9, 33, 34, усього 49 од.), звіти Департаментів охорони здоров'я Одеської, Миколаївської та Херсонської обласних державних адміністрацій за 2006-2018 роки, які піддавались медико-статистичному аналізу. Використання методу графічного моделювання дозволило візуалізувати отримані дані у вигляді зображень з метою зручності для сприйняття інформації [197].

Матеріали третього етапу представлені відповідно у третьому розділі дисертації.

На четвертому етапі дослідження проведено комплексний аналіз і оцінку діяльності державних інституцій і мережі закладів охорони здоров'я регіонів дослідження з організації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання за показниками виконання заходів відповідних державних соціальних програм на регіональному рівні. Аналізу піддавались також стан мережі профільних закладів охорони здоров'я та їх ресурсне забезпечення. Матеріалами дослідження слугували галузеві та регіональні звіти з виконання цільових державних програм; форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 17, 20, 47-здоров) за 2006-2016 рр. (усього 51 од.), кошториси, розпорядчо-звітні документи регіональних органів управління та закладів охорони здоров'я (23 од.) третинної медичної допомоги.

Окрему складову етапу присвячено виконанню завдання з оцінки задоволеності медичною допомогою хворих на СЗІЗ (на прикладі пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ПСШ), що потребувало проведення соціологічного

дослідження.

Базою для проведення соціологічного дослідження обрано КНП «Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Одеської обласної ради». Дослідження проводилося вибіркоvim методом.

Генеральною сукупністю пацієнтів визначена середня чисельність вперше зареєстрованих відвідувачів лікарів-дерматовенерологів закладу впродовж року за попередні п'ять років (2014-2018). Виходячи з того, що загальна кількість осіб обраного контингенту хворих за 5 років склала 14145 осіб, середня їх чисельність, а отже, обсяг генеральної сукупності дорівнював 2829 осіб за рік.

Визначення обсягу вибіркової сукупності здійснювалось за формулою [198]

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} ,$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення, або довірчий коефіцієнт (t=2);

p – ймовірність наявної ознаки (p =0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (q=1-p);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – гранично припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$, або 0,05).

За даними розрахунків, опитуванню підлягало 357 осіб. Було опитано методом анкетування 399 пацієнтів, при обробці анкет 10 примірників визнані недійсними. Загалом для аналізу використані 389 анкет, що забезпечило репрезентативність даних.

Характеристиками медичної допомоги, які мають значний вплив на задоволеність пацієнтів і визначають її якість, обрані критерії: доступність (територіальна, фінансова), пацієнт-орієнтованість (задоволеність повнотою наданої пацієнту інформації), задоволеність результатом медичної допомоги та умовами її надання.

Відповідно до визначених характеристик формувалися основні питання анкети, яка використовувалася в якості інструмента опитування. Структуру анкети складали, крім цільових питань, також вступ і паспортна частина.

У вступі містилось звернення до респондента з інформацією щодо мети дослідження, використання його результатів, зобов'язань автора дослідження щодо нерозголошення персональної інформації.

Основна частина містила цільові запитання, які піддавались нумерації з виділенням місць для відповідей. Варіанти відповідей надавали можливість респонденту висловити свою незадоволеність, часткову задоволеність, задоволеність або засвідчити, що він дуже задоволений отриманою медичною допомогою.

Далі слідувала паспортна частина, запитання якої передбачали отримання соціально-демографічних характеристик респондентів.

За результатами обробки відповідей підраховувались відносні величини та стандартна похибка відносної величини з використанням пакету описової статистики в *Microsoft Excel* [199].

Зразок анкети представлено в додатках (додаток В).

Результати, отримані на четвертому етапі дослідження, висвітлені у четвертому розділі дисертаційної роботи.

Узагальнені результати чотирьох попередніх етапів дослідження дозволили на *п'ятому етапі* провести медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, а на *шостому, заключному етапі*, – впровадити її елементи в систему охорони здоров'я регіону (на прикладі Одеської області) та оцінити медичну, соціальну та економічну ефективність моделі за результатами впровадження.

Виконання завдань п'ятого етапу здійснювалось із застосуванням методів: системного підходу і системного аналізу, порівняльного аналізу, синтезу, узагальнення, концептуального, функціонально-структурного, графічного моделювання. Застосування методу системного підходу на даному етапі

здійснювалось за шістьма його аспектами як методичної основи побудови концептуальної моделі: системно-компонентного; системно-функціонального; системно-структурного; системно-інтегративного; системно-комунікаційного; системно-історичного.

В якості матеріалів дослідження на даному етапі використані програмні документи ВООЗ (5 од.), вітчизняні законодавчі й нормативно-правові акти (9 од.), результати власного дослідження. Результати дослідження, отримані на даному етапі, представлені у п'ятому розділі дисертації.

З метою виконання завдань шостого етапу використовувались методи економічного, порівняльного аналізу, медико-статистичний та обліково-звітні документи закладів охорони здоров'я (5 од.), де здійснювалось впровадження.

Виконання завдань шостого етапу передбачало також проведення експертної оцінки впроваджених елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ висококваліфікованими експертами.

З метою проведення експертної оцінки формувалась експертна група за професійними ознаками, до складу якої входили 24 особи: дев'ять науковців, 15 організаторів охорони здоров'я, 13 з яких мали вищі атестаційні категорії за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я». Список експертів представлений в додатку Г.

Експертна оцінка проводилась з використанням «Анкети експерта» за п'ятибальною оціночною шкалою (додаток Д). Заповнені експертами анкети піддавались медико-статистичному аналізу. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок, стандартна похибка та середнє квадратичне відхилення (σ). Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (Cv) для кожного об'єкта експертизи у відсотках.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювались з використанням пакету прикладних програм Microsoft Office 2010, а саме: Microsoft Word, Microsoft Excel, а моделювання – за допомогою програмного забезпечення Microsoft Visio.

Висновки до розділу 2

1. В основу проведення дослідження покладалась універсальна багаторівнева наукова методологія – філософська, загальнонаукова, галузева за спеціальністю «Соціальна медицина», що дозволило визначити мету, об'єкт, предмет, а також завдання, методи, матеріали та обсяг дослідження.

2. Мета дослідження полягала у медико-соціальному обґрунтуванні, розробці та впровадженні концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ з оцінкою її медичної, соціальної та економічної ефективності. Завдання дослідження спрямовувались на досягнення визначеної мети.

3. Об'єктом дослідження обрана діюча система надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в Миколаївській, Одеській, Херсонській областях, а предметом – захворюваність, поширеність, смертність населення від СЗІЗ; фактори ризику СЗІЗ; організація надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в регіональній системі охорони здоров'я; державні та регіональні програми профілактики й протидії СЗІЗ; фінансове, матеріально-технічне та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ; задоволеність медичною допомогою окремих груп хворих на СЗІЗ.

4. Дослідження здійснювалось відповідно до програми, яка включала методологію, методи, етапи дослідження, послідовність виконання завдань кожного етапу та його інформаційне забезпечення. В процесі дослідження передбачалося використання джерел наукової, медико-статистичної, нормативної інформації, рекомендацій міжнародних експертів та даних власного дослідження в обсязі, необхідному для забезпечення надійності одержаних результатів.

5. Таким чином, програма дослідження спрямовувалась на вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали вихідними умовами медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

РОЗДІЛ 3

**АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО СОЦІАЛЬНО
ЗНАЧУЩИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У МИКОЛАЇВСЬКІЙ,
ОДЕСЬКІЙ ТА ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ**

3.1. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції у 2006-2018 роках

Медико-статистичний аналіз цільових даних Центру громадського здоров'я МОЗ України щодо захворюваності населення визначених регіонів на ВІЛ-інфекцію [76] показав нестабільність епідемічної ситуації за даним показником, але загалом її несприятливий розвиток у порівнянні з розвитком епідемічного процесу загалом по країні [200] (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

**Захворюваність на ВІЛ-інфекцію та питома вага офіційно зареєстрованих
СІН серед нових заражень протягом 2006-2018 років**

Рік Регіон	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, осіб (на 100 тис. нас.), питома вага СІН (%)							
	Одеська область		Миколаївська область		Херсонська область		Україна	
	Захворюваність	СІН (%)	Захворюваність	СІН (%)	Захворюваність	СІН (%)	Захворюваність	СІН (%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2006	1470 (61,3)	37,1	1049 (86,3)	41,8	495 (44,1)	46,7	16078 (34,4)	44,3
2007	1704 (71,2)	28,1	1167 (96,6)	40,4	550 (49,4)	49,6	17669 (38,0)	40,1
2008	1555 (65,2)	27,7	1189 (98,5)	38,2	589 (53,0)	39,6	18963 (40,9)	37,0
2009	1568 (65,9)	30,3	1130 (94,8)	34,1	591 (54,0)	33,2	19840 (43,2)	35,8
2010	2143 (90,0)	26,6	1107 (92,8)	30,4	560 (51,1)	26,4	20489 (44,7)	33,8
2011	2080 (87,1)	19,2	1132 (95,6)	27,7	716 (65,8)	42,6	21177 (46,2)	31,1

<i>Продовження таблиці 3.1</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2012	2300 (96,2)	19,6	1129 (96,0)	22,5	565 (52,2)	32,7	20743 (45,5)	28,6
2013	2751 (114,8)	21,5	1081 (92,5)	23,8	557 (51,9)	20,8	21631 (47,6)	27,0
2014	2622 (109,4)	19,0	1086 (93,1)	21,4	531 (49,6)	24,1	19273* (44,8)	24,2
2015	2382 (99,5)	13,4	863 (74,3)	21,1	521 (48,9)	21,9	15869* (37,0)	21,7
2016	2157 (90,3)	13,1	1031 (89,3)	17,6	583 (55,0)	20,4	17066* (40,0)	21,8
2017	2699 (113,5)	14,3	923 (80,0)	17,3	634 (59,9)	27,0	18194* (42,8)	22,0
2018	2593 (109,2)	-	858 (74,9)	-	508 (48,4)	-	18099* (42,8)	-

* Без врахування м. Севастополя, АРК та частини зони АТО (з 2015 р.).

Так, в Одеській області відбувалось суттєве зростання рівня первинної захворюваності з 2010 року (коливання 61,3–71,2 на 100 тис. нас. впродовж 2006-2009 років, 87,1–113,5 на 100 тис. нас. впродовж 2010-2018 років, або у 1,8 рази впродовж усього періоду дослідження); у Миколаївській області ситуація залишалась відносно стабільною впродовж усього періоду дослідження (коливання в межах 86,3 – 98,5 на 100 тис. нас. у 2006-2014 роках, або зростання у 1,1 рази з нелінійним зниженням рівня захворюваності до 74,3 – 89,3 на 100 тис. нас. упродовж 2015-2018 років); в Херсонській області мало місце поступове зростання захворюваності з 2006 по 2013 роки (коливання 44,1 – 51,9 на 100 тис. нас., 65,8 на 100 тис. нас. – у 2011 році, загалом зростання рівня у 1,1 рази) та непослідовні зміни показника в окремі роки, починаючи з 2014 року (49,6 на 100 тис. нас. у 2014 році, 48,9 на 100 тис. нас. – у 2015 році з наступним зростанням до 59,9 на 100 тис. нас. у 2017 році і зниженням до 48,4 на 100 тис. нас. у 2018 році) [201].

Слід зазначити, що на рівень захворюваності населення після 2014 року впливали військові події на Сході України, що найбільш чітко простежується в показниках по галузі: мало місце зростання захворюваності з 34,4 до 47,6 на 100

тис. нас. впродовж 2006-2013 років з наступним зменшенням показника з 44,8 до 42,8 на 100 тис. нас. впродовж 2014-2018 років.

В будь-якому разі в областях, де проводилося дослідження, рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію перевищував середні по країні: в Миколаївській області – у 2,2; Одеській – у 2,1; Херсонській – у 1,3.

На протигагу динаміці рівня захворюваності, питома вага СІН серед тих, хто був вперше взятий на облік з причини ВІЛ-інфекції, за досліджуваний період виявилась найменшою в Одеській області: відбулось зменшення показника з 37,1 до 14,3 % (мінімальне значення – 13,1 % у 2016 році) [202]. В Миколаївській області показник коливався від 41,8 до 17,3 %, в Херсонській – відповідно від 46,7 до 27,0 % і був найнесприятливішим серед досліджуваних областей; по Україні – відбулось зменшення від 44,3 до 22,0 %.

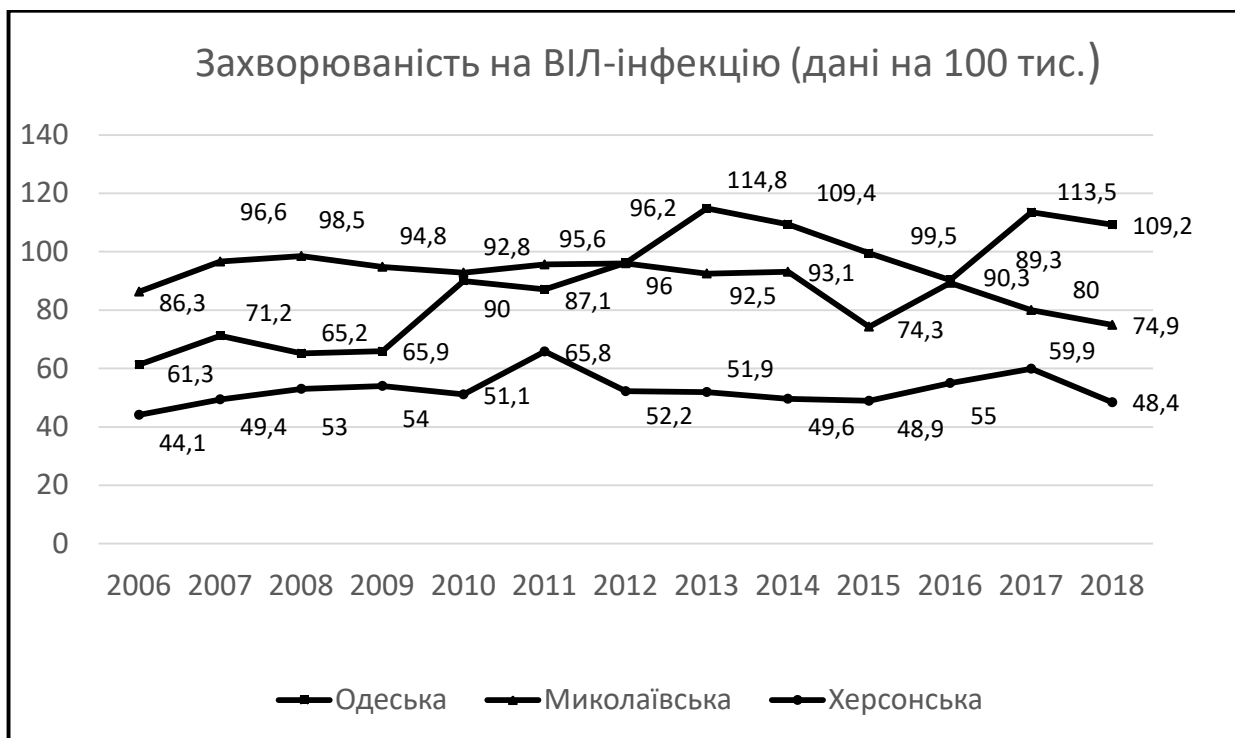


Рис. 3.1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях у 2006 - 2018 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Результатами аналізу показано, що тенденції, характерні для захворюваності на ВІЛ-інфекцію, зберігалися й відносно поширеності цієї хвороби, але відрізнялися більшою стабільністю показників (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Поширеність ВІЛ-інфекції в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях у 2006-2018 роках (на 100 тис. відповідного населення)

Рік Регіон	Поширеність ВІЛ-інфекції, осіб (на 100 тис.нас.)							
	Одеська область		Миколаївська область		Херсонська область		Україна	
	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2006	8820 (368,2)	-	4001 (330,1)	-	1396 (125,0)	-	71958 (154,3)	-
2007	9905 (414,2)	+12,5	4564 (378,9)	+14,8	1770 (159,7)	+27,8	81741 (176,2)	+14,2
2008	10821 (454,0)	+23,3	5224 (434,3)	+31,6	2121 (191,8)	+53,4	91717 (198,6)	+28,7
2009	11204 (470,7)	+27,8	5753 (483,6)	+46,5	2444 (223,7)	+79,0	101182 (220,9)	+43,2
2010	12395 (521,3)	+41,6	6143 (519,2)	+57,3	2739 (251,9)	+101,5	110401 (242,0)	+56,8
2011	13302 (559,6)	+52,0	6570 (557,7)	+68,9	3087 (285,8)	+128,6	120148 (264,3)	+71,3
2012	14583 (609,8)	+65,6	6799 (579,0)	+75,4	3241 (300,2)	+140,2	129136 (283,4)	+83,7
2013	16400 (687,6)	+86,7	7150 (612,1)	+85,4	3571 (333,2)	+166,6	139573 (308,4)	+99,9
2014	18102 (758,7)	+106,1	7575 (650,7)	+97,1	3828 (358,8)	+187,0	137970 (322,5)*1	+109,0

<i>Продовження таблиці 3.2.</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2015	19550 (821,5)	+123,1	7832 (676,2)	+104,8	4021 (378,8)	+203,0	126604 (297,2)*1	+92,6
2016	19731 (830,2)	+125,5	8381 (728,4)	+120,7	4214 (399,3)	+219,4	132945 (313,3)*1	+103,0
2017	21032 (885,4)	+140,5	8846 (769,6)	+133,1	4463 (423,3)	+238,6	141371 (333,3)*1	+116,0
2018	20486 (863,7)	+134,6	8670 (760,1)	+130,3	4153 (397,2)	+217,8	142076 (336,5)*2	+118,1

* Без врахування м. Севастополь, АРК та частини зони АТО з 2015 р.

*2 Станом на 01.04.2019 р.

ТП – темп приросту (у %) показників відносно 2006 року.

В Одеській області показник поширеності зріс за досліджуваний період з 368,2 до 885,4 на 100 тис. нас. області (+134,6 %), в Миколаївській – з 330,1 до 769,6 на 100 тис. нас. області (+130,3 %), в Херсонській – з 125,0 до 423,3 на 100 тис. відповідного населення (+217,8 %).

У Миколаївській та Одеській областях ситуація виглядає критичною, оскільки поширеність ВІЛ-інфекції на 100 тис. нас. у 2,3—2,7 разів перевищує відповідні середньоукраїнські значення (154,3 у 2006 р. та 336,5 на 100 тис. нас. у 2018 р.) (рис. 3.2).

Незважаючи на значне фінансування АРТ та суттєві зусилля, які докладають міжнародні донорські установи та українська держава, смертність від СНІДу, як засвідчили результати медико-статистичного аналізу даних, за досліджуваний період за підсумком зростала, за виключенням в окремі роки (табл. 3.3).

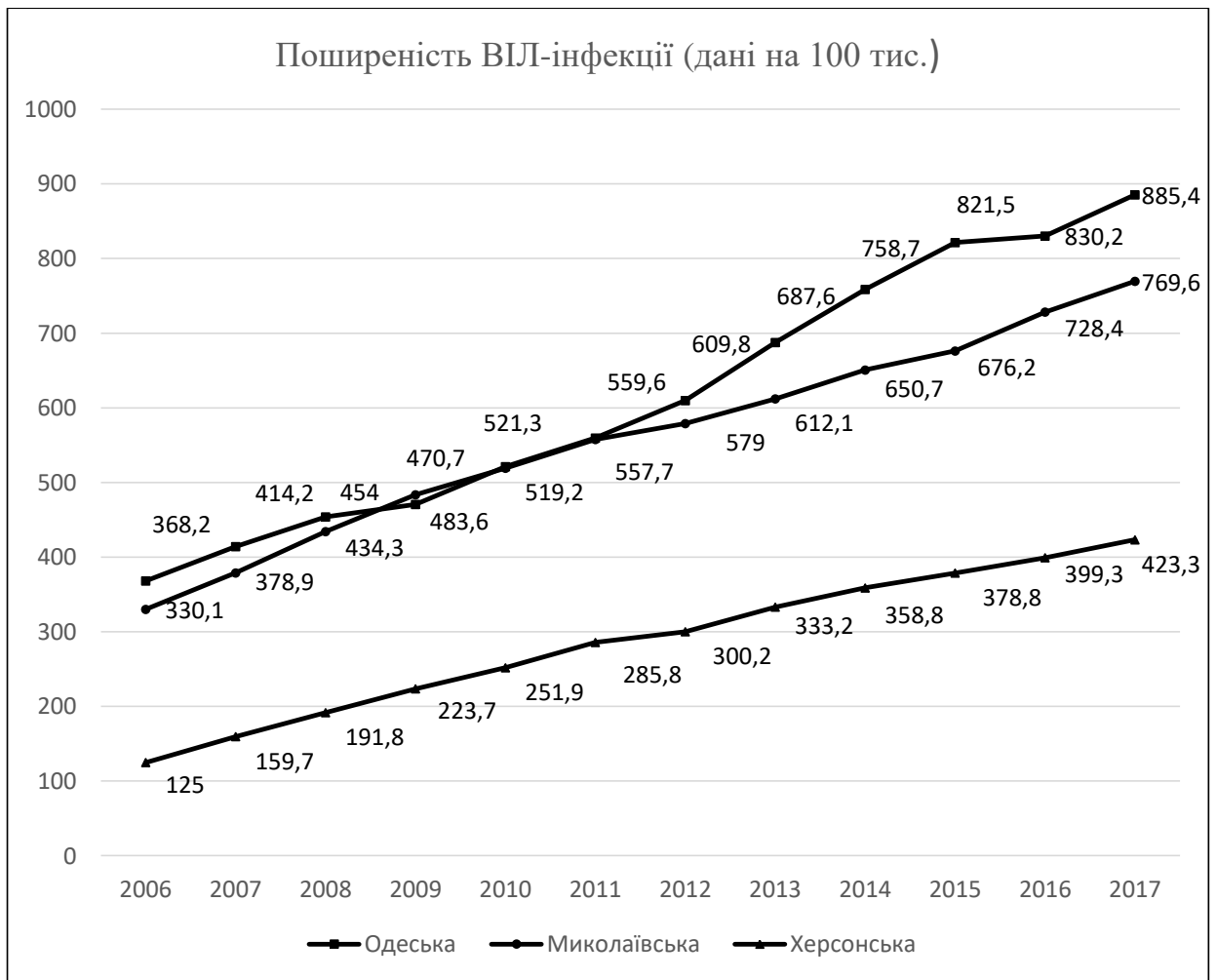


Рис. 3.2. Поширеність ВІЛ-інфекції в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях у 2006-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Крайні коливання в Одеській області дорівнювали 6,0 на 100 тис. нас. у 2006 р. та 21,2 на 100 тис. нас. у 2018 р. з найвищим рівнем показника серед усіх регіонів; в Миколаївській області відповідні значення - 8,8 та 13,7, в Херсонській - 4,2 та 5,5, по Україні - 5,2 та 8,1 га 100 тис. нас.

Показники 2018 року по Одеській області перевищували аналогічні по Україні у 2,6 рази, по Миколаївській – у 1,7 разів. Лише по Херсонській області рівень смертності від СНІДу щороку поступався середнім показникам по галузі (рис. 3.3).

Смертність населення від СНІДу у 2006-2018 роках (на 100 тис. нас.)

Рік Регіон	Смертність від СНІДу, осіб (на 100 тисяч населення)							
	Одеська область		Миколаївська область		Херсонська область		Україна	
	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)	Абс (на 100 тис.)	ТП(%)
2006	144 (6,0)	-	107 (8,8)	-	47 (4,2)	-	2420 (5,2)	-
2007	110 (4,6)	-23,3	163 (13,4)	+52,3	32 (2,9)	-31,0	2507 (5,4)	+3,8
2008	95 (4,0)	-33,3	60 (5,0)	-43,2	34 (3,1)	-26,2	2710 (5,8)	+11,5
2009	136 (5,7)	-5,0	49 (4,1)	-53,4	38 (3,5)	-16,7	2591 (5,6)	+7,7
2010	220 (9,2)	+53,3	59 (5,0)	-43,2	41 (3,8)	-9,5	3096 (6,8)	+30,8
2011	441 (18,5)	+208,3	111 (9,4)	+6,8	46 (4,2)	0,0	3736 (8,2)	+57,7
2012	315 (13,2)	+120,0	112 (9,5)	+8,0	29 (2,7)	-35,7	3870 (8,5)	+63,5
2013	290 (12,1)	+101,7	118 (10,1)	+14,8	37 (3,4)	-19,0	3514 (7,7)	+48,1
2014	366 (15,3)	+155,0	131(11,2)	+27,3	33 (3,1)	-26,2	3426 (8,0)	+53,8
2015	326 (13,6)	+126,7	112 (9,6)	+9,1	35 (3,3)	-21,4	3032 (7,1)	+36,5
2016	334 (14,0)	+133,3	132 (11,4)	+29,5	74 (7,0)	+66,7	3253 (7,6)	+46,2
2017	455 (19,1)	+218,3	134 (11,6)	+31,8	76 (7,2)	+71,4	3298 (7,7)	+48,1
2018	503 (21,2)	+253,3	157 (13,7)	+55,7	58 (5,5)	+31,0	3448 (8,1)	+55,8

ТП (%) – темп приросту (у %) показників відносно 2006 року.

Таким чином, результати проведеного аналізу засвідчили вкрай несприятливу епідемічну ситуацію щодо ВІЛ-інфекції в досліджуваних регіонах, оскільки впродовж 2006-2018 років відбувалося зростання рівнів захворюваності та поширеності цієї хвороби серед населення зазначених територій та мало місце значне переважання відповідних показників над середніми по галузі.

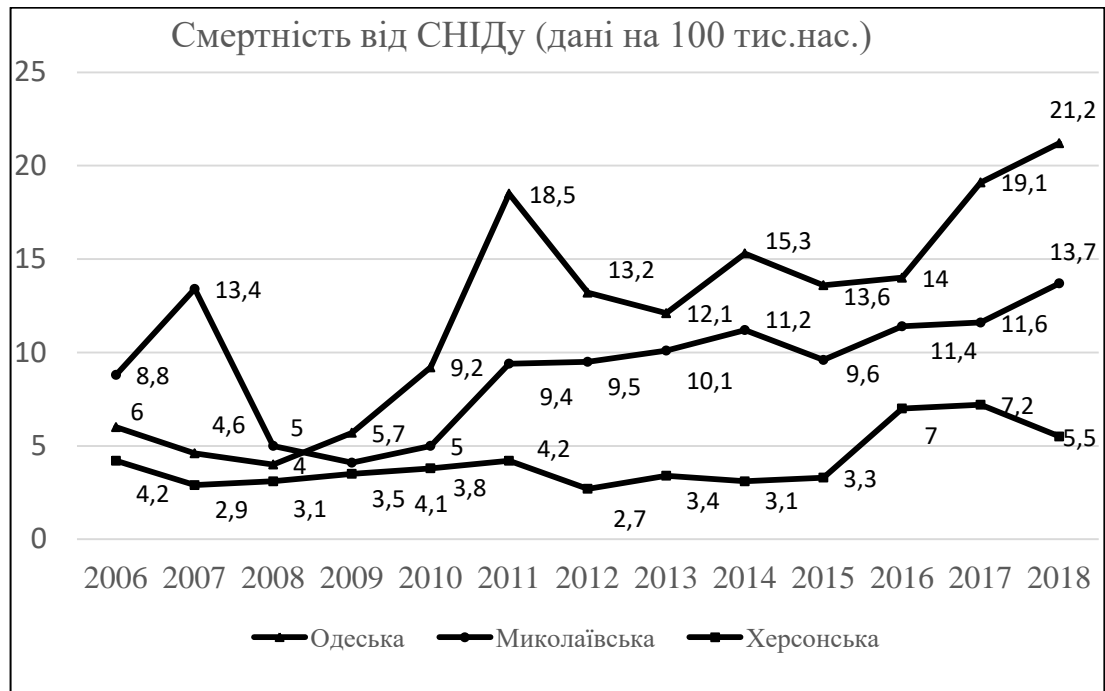


Рис. 3.3. Рівень смертності населення Одеської, Миколаївської та Херсонської областей від СНІДу у 2006 - 2018 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Відбувались також втрати населення від СНІДу, які постійно зростали у Одеській та Миколаївській областях і перевищували середньоукраїнські показники, при відносно стабільних рівнях смертності в Херсонській області.

Результати комплексної оцінки за рівнями захворюваності, поширеності, смертності від СНІДу в Україні, яка була проведена із застосуванням методики Полякова-Малинського, наведено в таблиці 3.4.

Результати аналізу свідчать, що Одеська та Миколаївська області мають дуже високу комплексну оцінку вказаних показників за період дослідження (1 та 3 рангові місця в розрізі областей України). Херсонська область визначається з середнім рівнем комплексної оцінки (7 ранг), але теж вище базового середнього рівня, прийнятого за 50 % комплексної оцінки.

Комплексна оцінка областей України за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від СНІДУ (за 2006-2018 роки) (у %)

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	25,5	низька	16
Волинська	30,1	низька	14
Дніпропетровська	81,6	дуже висока	2
Донецька	68,8	висока	4
Житомирська	39,5	нижче середньої	11
Закарпатська	6,9	дуже низька	25
Запорізька	36,8	нижче середньої	12
Івано-Франківська	11,4	дуже низька	24
Київська	60,9	вище середньої	6
Кіровоградська	45,6	середня	9
Львівська	20,8	дуже низька	20
Миколаївська	80,7	дуже висока	3
Одеська	87,9	дуже висока	1
Полтавська	36,8	нижче середньої	13
Рівненська	24,1	низька	17
Сумська	20,4	дуже низька	21
Тернопільська	13,3	дуже низька	23
Харківська	23,1	низька	19
Херсонська	58,8	середня	7
Хмельницька	23,4	низька	18
Черкаська	41,7	середня	10
Чернівецька	14,8	дуже низька	22
Чернігівська	58,0	середня	8
м. Київ	66,9	вище середньої	5

3.2. Особливості епідемічної ситуації щодо туберкульозу у 2006-2018 роках

Хворі на туберкульоз легень з масивним бактеріовиділенням є найнебезпечнішими з точки зору розповсюдження туберкульозної інфекції.

За даним офіційної статистичної звітності, у 2017 р. серед регіонів України найвищі показники захворюваності на МРТБ реєструвалися в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях, а їх питома вага – 17 % - виявилась найвищою від усіх випадків вперше встановленого мультирезистентного туберкульозу в Україні.

Таблиця 3.5.

Захворюваність на всі форми активного ТБ, ТБ легень з бактеріовиділенням, МРТБ та ТБ у поєднанні зі СНІД в Одеській області у 2006-2018 роках

Показник абсолютні числа (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (ВДТБ+РТБ)	ТБ легень з бактеріовиділенням (без рецидивів), на 100 тис. нас.		ВДТБ	Кількість випадків ТБ, в яких підтверджено діагноз МРТБ	ТБ+ВІЛ (без рецидивів)	
			Нові випадки + рецидиви				Нові випадки + рецидиви
1	2	3	4	5	6	7	8
2006	-	36,4	-	-	-	278 (11,6)	-
2007	-	34,1	-	2077 (87,1)	-	256 (10,7)	-
2008	-	36,9	-	2084 (87,4)	-	303 (12,7)	-
2009	-	33,7	-	1873 (78,7)	127	330 (13,9)	-

Продовження таблиці 3.5.

1	2	3	4	5	6	7	8
2010	2049 (86,1)	33,6	-	1842 (77,4)	263	373 (15,7)	-
2011	2329 (98,0)	40,2	1081 (45,5)	2087 (87,8)	245	475 (20,0)	529 (22,2)
2012	2419 (101,8)	43,7	1218 (51,2)	2235 (94,0)	620 (26,1)	556 (23,4)	591 (24,9)
2013	2410 (101,1)	53,1	1499 (62,9)	2162 (90,7)	739 (31,0)	588 (24,7)	657 (27,6)
2014	2701 (113,2)	54,4	1607 (67,4)	2342 (98,2)	779 (32,7)	735 (30,8)	839 (35,2)
2015	2952 (123,8)	--	1806 (75,7)	2446 (102,5)	780 (32,7)	N/A	1045 (43,8)
2016	3108 (130,6)	-	1869 (78,6)	2594 (109,0)	716 (30,1)	N/A	1139 (47,9)
2017	3039 (127,9)	1242 (52,3)	1502 (63,2)	2561 (107,8)	588 (24,8)	1066 (44,9)	1270 (53,5)
2018	3335 (140,6)	1301 (54,8)	-	2732 (115,2)	-	1247 (52,6)	N/A

Зокрема, показники захворюваності на всі форми активного туберкульозу, туберкульозу легень з бактеріовиділенням, мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу у поєднанні зі СНІД у 2006-2018 роках в Одеській, Миколаївській і Херсонській областях підтвердили несприятливий перебіг епідемічного процесу за досліджуваний період (2006-2018 роки) [203]. В Одеській області епідемічна ситуація була найнесприятливішою, оскільки за 2011 - 2018 роки захворюваність на туберкульоз зросла на 30,3 %.

У Миколаївській області за відповідний період відбувся спад захворюваності на туберкульоз на 30,4 % (табл. 3.6).

Захворюваність на всі форми активного ТБ, ТБ легень з бактеріовиділенням, МРТБ та ТБ у поєднанні зі СНІД у Миколаївській у 2006-2018 роках (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Показник абсолютні числа (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (ВДТБ+РТБ)	ТБ легень з бактеріовиділенням (без рецидивів), на 100 тис. нас		ВДТБ	Кількість випадків ТБ, в яких підтверджено діагноз МРТБ	ТБ+ВІЛ (без рецидивів)	
			Нові випадки + рецидиви				Нові випадки + рецидиви
2006	-	39,3	-	-	-	1841 (15,1)	-
2007	-	41,0	-	1262 (104,2)	N/A	255 (21,1)	-
2008	-	39,4	-	1226 (101,9)	N/A	335 (27,9)	-
2009	-	41,1	-	1167 (97,6)	30	280 (23,4)	-
2010	1100 (92,5)	29,7	-	1076 (90,5)	60	275 (23,1)	-
2011	1178 (99,6)	37,5	510 (43,1)	1056 (89,3)	72	253 (21,4)	286 (24,2)
2012	1141 (96,9)	34,6	475 (40,3)	1028 (87,3)	159 (13,5)	240 (20,4)	262 (22,3)
2013	989 (84,3)	42,9	583 (49,7)	908 (77,4)	473 (40,3)	228 (19,4)	250 (21,3)
2014	955 (81,8)	41,9	591 (50,6)	838 (71,8)	360 (30,8)	231 (19,8)	269 (23,0)
2015	1002 (86,1)	-	615 (52,9)	803 (69,0)	462 (39,7)	-	268 (23,0)
2016	950 (82,1)	-	594 (51,3)	777 (67,1)	475 (41,0)	-	279 (24,1)
2017	857 (74,6)	428 (37,2)	564 (49,1)	686 (59,7)	337 (29,3)	161 (14,0)	215 (18,7)
2018	791 (69,3)	434 (38,0)	-	656 (57,5)	-	164 (14,4)	-

Аналогічна епідситуація простежувалася у Херсонській області, де за відповідний період захворюваність на туберкульоз зменшилася на 23,7 % (табл. 3.7).

Захворюваність на всі форми активного ТБ, ТБ легень з бактеріовиділенням, МРТБ та ТБ у поєднанні зі СНІД у Херсонській області у 2006-2018 роках (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Показник абсолютні числа (на 100 тис. нас.)	Захворюваність (ВДТБ+РТБ)	ТБ легень з бактеріовиділенням (без рецидивів), на 100 тис. нас.		ВДТБ	Кількість випадків ТБ, в яких підтверджено діагноз МРТБ	ТБ+ВІЛ (без рецидивів)	
			Нові випадки + рецидиви				Нові випадки + рецидиви
2006	-	44,7	-	N/A	-	86 (7,6)	-
2007	-	50,6	-	1689 (151,4)	-	79 (7,1)	-
2008	-	44,8	-	1369 (123,8)	-	80 (7,2)	-
2009	-	44,4	-	1209 (110,1)	77	85 (7,7)	-
2010	1249 (114,4)	42,2	-	1167 (106,9)	160	125 (11,4)	-
2011	1189 (109,4)	41,9	517 (47,6)	1070 (98,5)	180	135 (12,4)	147 (13,5)
2012	1239 (114,5)	43,2	516 (47,7)	1167 (107,9)	404 (37,3)	153 (14,1)	162 (15,0)
2013	1158 (107,5)	44,3	586 (54,4)	1036 (96,2)	372 (34,5)	130 (12,1)	142 (13,2)
2014	1090 (101,8)	45,4	636 (59,4)	904 (84,4)	348 (32,5)	156 (14,6)	183 (17,1)
2015	1132 (106,1)	-	738 (69,2)	875 (82,0)	333 (31,2)	-	201 (18,8)
2016	1051 (99,1)	-	723 (68,1)	799 (75,3)	324 (30,5)	-	208 (19,6)
2017	979 (92,9)	505 (47,9)	663 (62,9)	770 (73,0)	271 (25,7)	136 (12,9)	202 (19,2)
2018	872 (83,4)	456 (43,6)	N/A	683 (65,3)	-	124 (11,9)	-

Загалом слід зазначити, що у досліджуваних регіонах щороку реєструвалися вищі показники захворюваності на туберкульоз, ніж в середньому по Україні (рис. 3.4).

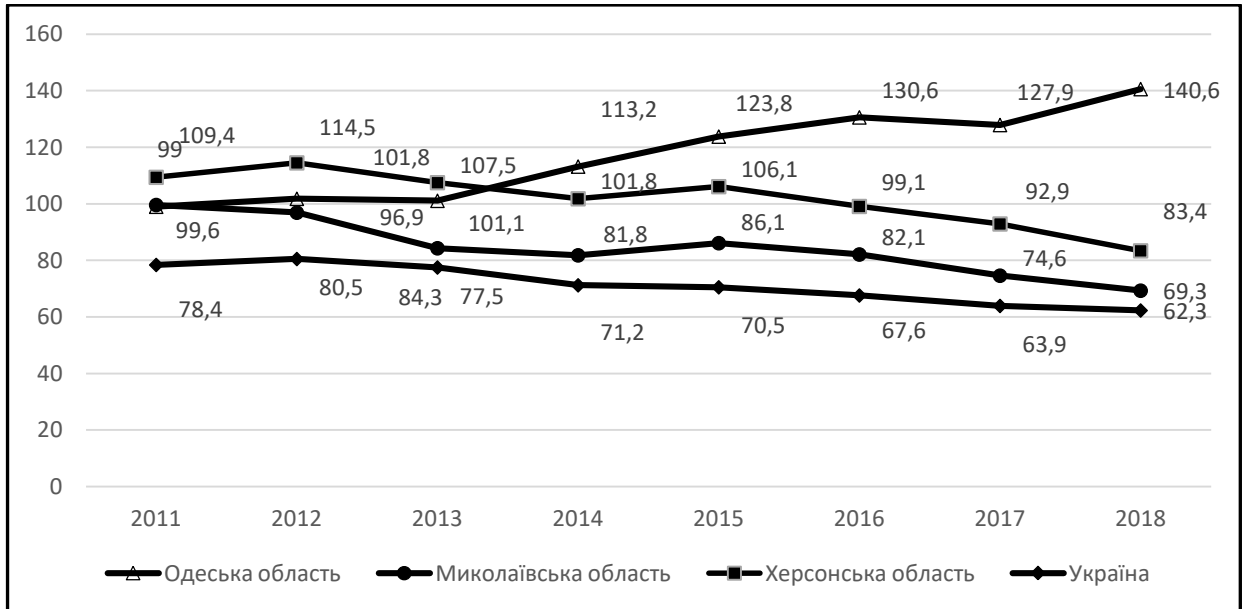


Рис. 3.4. Захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ) населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2011-2018 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Інтенсивний показник захворюваності на туберкульоз легень з бактеріовиділенням в усіх досліджуваних областях також щороку перевищував середній по Україні. Досить інтенсивний темп приросту захворюваності на туберкульоз із бактеріовиділенням спостерігали в Одеській області впродовж 2011 - 2016 років – в середньому + 10,2 % щороку, при цьому відносно різке його зниження (на 19,6 %) зафіксовано в 2017 році порівняно з 2016 роком. Дещо схожі коливання цього показника спостерігалося і в Херсонській області.

У Миколаївській області після підвищення на 18,9 % в 2013 році, порівняно з попереднім роком, цей показник залишався відносно стабільним до 2017 року (рис. 3.5).

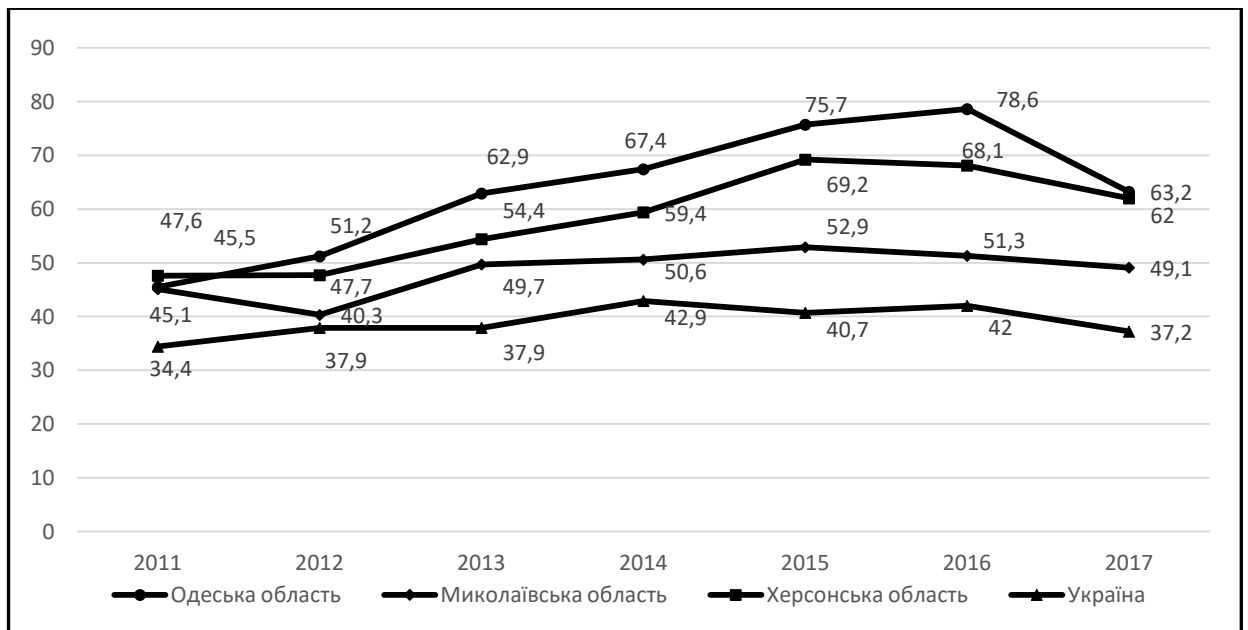


Рис. 3.5. Захворюваність на ТБ легень з бактеріовиділенням (нові випадки + рецидиви) населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2011-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Аналізуючи динаміку зміни інтенсивних показників первинної захворюваності на туберкульоз, можна стверджувати, що в Миколаївській та Херсонській областях в період з 2007 по 2018 рік відбувалося поступове зниження захворюваності на вперше діагностований туберкульоз, як і в Україні в цілому. Найвищі темпи зниження захворюваності за даний період спостерігалися в Херсонській області – на 56,9 %.

Протилежну тенденцію було зафіксовано в Одеській області, де у 2018 році захворюваність на туберкульоз зросла на 24,4 % порівняно з показником 2007 року (Рис. 3.6).

Варто відзначити, що, незважаючи на зниження в окремих областях рівня первинної захворюваності на ТБ, в усіх досліджуваних областях протягом усіх років спостереження показник захворюваності на вперше діагностований туберкульоз був вищим за середній по Україні.

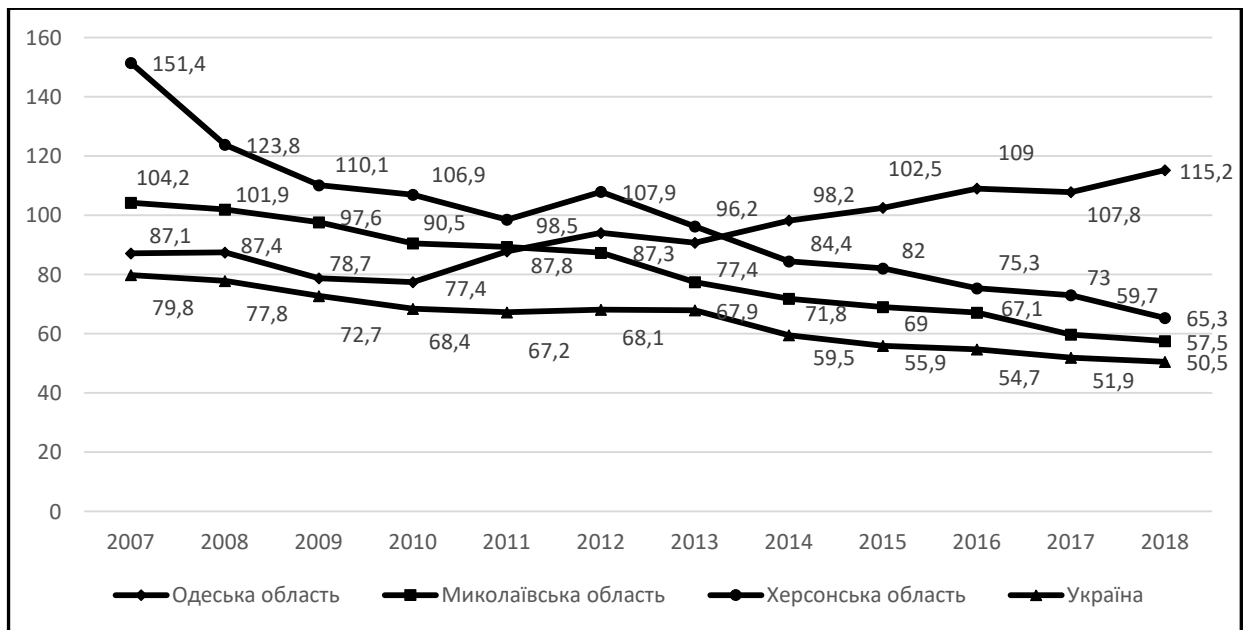


Рис. 3.6. Первинна захворюваність на ТБ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2007-2018 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Як вже згадували, Україна є однією з 30 країн світу, які визнано країнами з високим тягарем мультирезистентного туберкульозу, а в 2014 р. Україна вперше потрапила до п'ятірки країн із найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (рис. 3.7).

Привертають увагу й значні коливання показників захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у Миколаївській області, що, можливо, є наслідком низького рівня виявлення мультирезистентного туберкульозу. На окрему увагу заслуговує факт, що на низький рівень виявлення випадків мультирезистентного туберкульозу в Україні в 2015 р. вказувало Європейське бюро ВООЗ.

Найвищі темпи зростання інтенсивного показника захворюваності на ТБ/ВІЛ коінфекцію протягом 2011-2017 років виявлені в Одеській області, де середній темп зростання щорічно складав 13,5 %, а взагалі у 2017 році захворюваність на ТБ/ВІЛ-інфекцію збільшилася в порівнянні з 2011 роком на 58,5 %. Періодично спостерігалось зменшення темпів зростання захворюваності

в Херсонській та Миколаївській областях. В усіх досліджуваних регіонах щорічно спостерігалася вища за середньоукраїнську захворюваність на ТБ/ВІЛ-інфекцію (рис. 3.8).

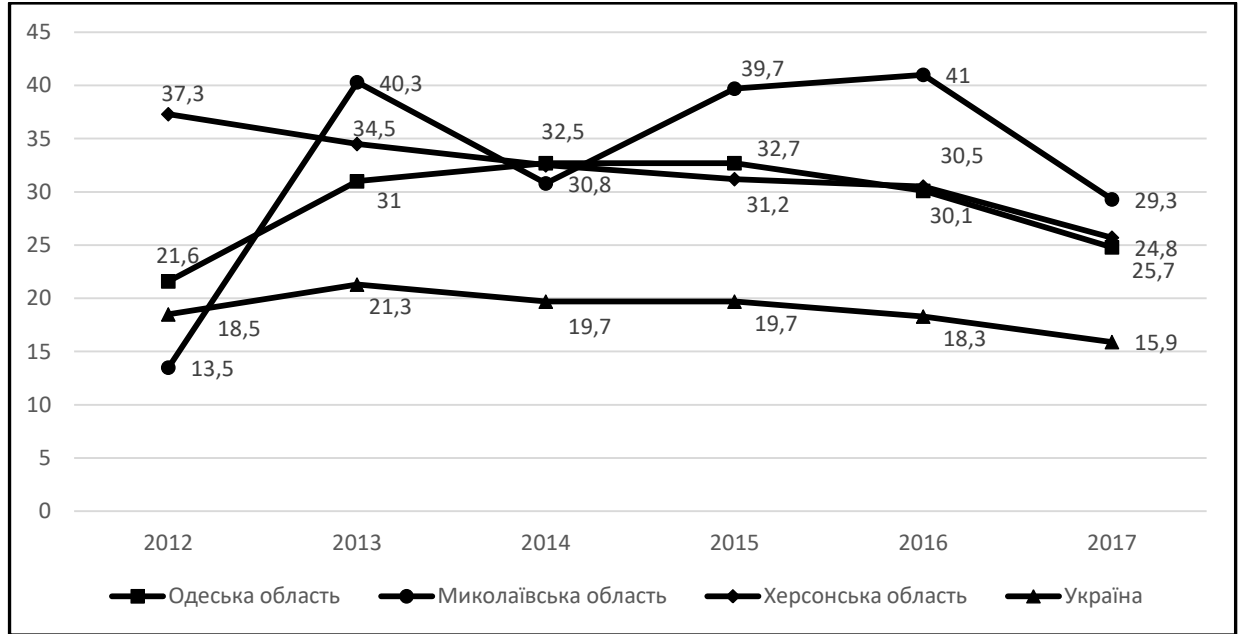


Рис. 3.7. Захворюваність на МРТБ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2012-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).



Рис. 3.8. Захворюваність на коінфекцію ТБ/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2011-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Виявлено, що у 2018 році відсоток нових випадків коінфекції ТБ/ВІЛ у Одеській, Миколаївській, Херсонській областях становив 33 % від загальної кількості випадків по Україні, зокрема, з них 27 % припадало на Одеську область (рис. 3.9).

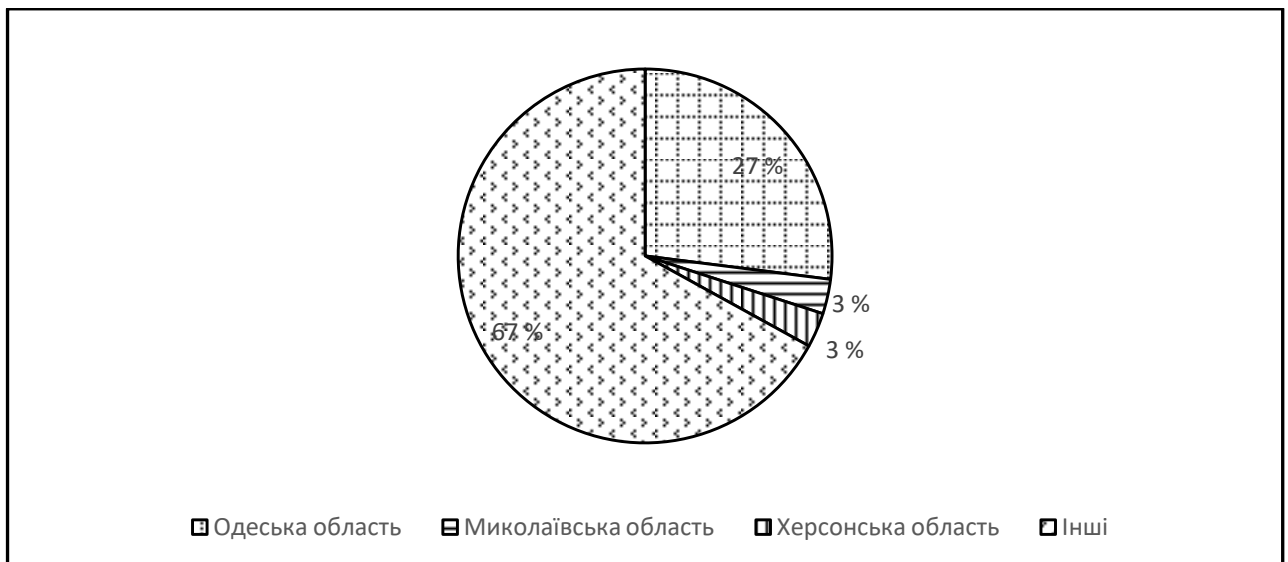


Рис. 3.9. Питома вага нових випадків коінфекції ТБ/ВІЛ у Одеській, Миколаївській, Херсонській областях серед усіх нових випадків в Україні, 2018 рік.

Встановлено, що в досліджуваних областях простежувалася загальна тенденція до зниження рівня поширеності активного туберкульозу серед населення, як і загалом по Україні, де з 2006 до 2017 роки інтенсивний показник поширеності активного ТБ скорочувався в середньому на 8,7 % за рік (рис. 3.10).

Найбільш активне скорочення показників поширеності відбувалося в Херсонській області - щороку в середньому на 10,5 % (табл. 3.8).

Виключенням стала Одеська область, де поширеність ТБ почала знову зростати з 2014 року після зниження показника з 210,0 на 100 тис. нас. у 2006 р. до 113,2 на 100 тис. нас. у 2013 році.

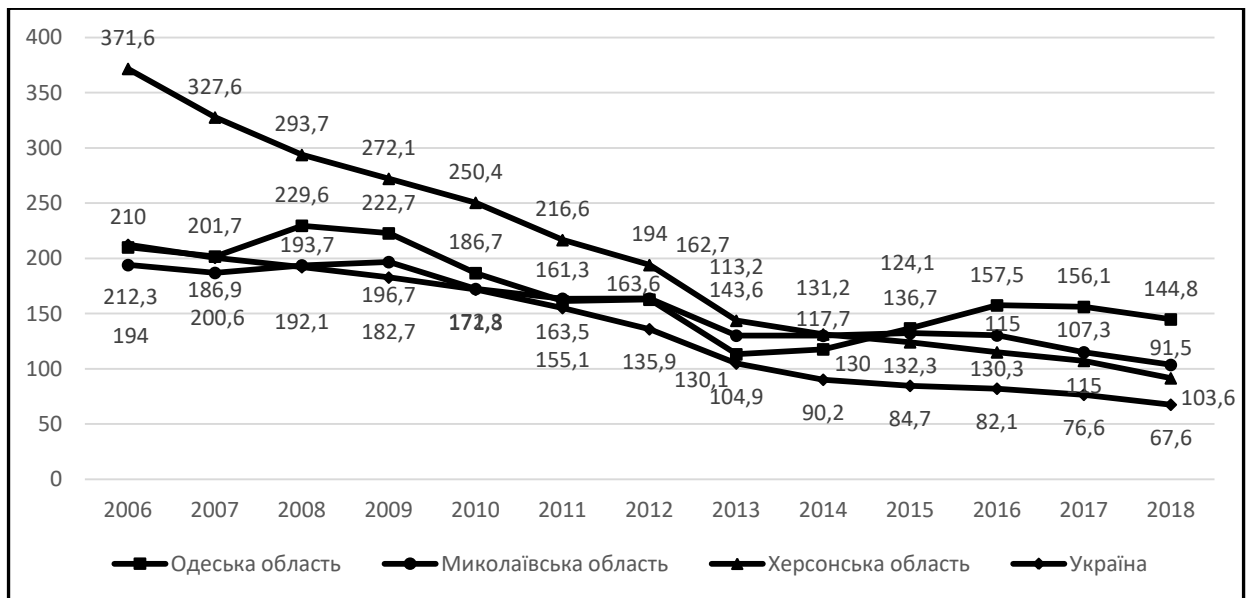


Рис. 3.10. Поширеність усіх форм активного ТБ серед населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2006-2018 роках (на 100 тис. відповідного населення) (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Таблиця 3.8.

Поширеність активного ТБ та всіх форм активного ТБ у поєднанні з захворюванням, зумовленим ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ) протягом 2006-2018 років (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Регіон Рік	Поширеність, абсолютні числа (на 100 тис.нас.)							
	Одеська область		Миколаївська область		Херсонська область		Україна	
	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2006	5009 (210,0)	489 (20,5)	2360 (194,0)	320 (26,3)	4172 (371,6)	119 (10,6)	99346 (212,3)	3884 (8,3)
2007	4809 (201,7)	472 (19,8)	2264 (186,9)	408 (33,7)	3655 (327,6)	132 (11,8)	93195 (200,6)	4588 (9,9)

<i>Продовження таблиці 3.8.</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2008	5472 (229,6)	538 (22,6)	2330 (193,7)	510 (42,4)	3249 (293,7)	164 (14,8)	88758 (192,1)	5531 (12,0)
2009	5302 (222,7)	598 (25,1)	2351 (196,7)	450 (37,7)	2987 (272,1)	180 (16,4)	83990 (182,7)	6041 (13,1)
2010	4444 (186,7)	640 (26,9)	2048 (172,3)	407 (34,2)	2734 (250,4)	208 (19,0)	78635 (171,8)	6903 (15,1)
2011	3836 (161,3)	683 (28,7)	1933 (163,5)	391 (33,1)	2354 (216,6)	219 (20,2)	70725 (155,1)	7196 (15,8)
2012	3867 (162,7)	727 (30,6)	1926 (163,6)	406 (34,5)	2099 (194,0)	240 (22,2)	61749 (135,9)	7456 (16,4)
2013	2513 (113,2)	685 (28,7)	1427 (130,1)	363 (31,0)	1425 (143,6)	216 (20,1)	43376 (104,9)	6599 (14,5)
2014	2648 (117,7)	770 (32,3)	1442 (130,0)	356 (30,5)	1307 (131,2)	236 (22,0)	35733 (90,2)	6216 (14,5)
2015	3262 (136,7)	929 (38,9)	1540 (132,3)	360 (30,9)	1323 (124,1)	217 (20,3)	36228 (84,7)	6185 (14,5)
2016	3747 (157,5)	1151 (48,4)	1508 (130,3)	380 (32,8)	1220 (115,0)	188 (17,7)	34966 (82,1)	6386 (15,0)
2017	3708 (156,1)	1394 (58,7)	1322 (115,0)	333 (29,0)	1131 (107,3)	194 (18,4)	32492 (76,6)	6594 (15,5)
2018	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Загалом в досліджуваних регіонах України реєструвалися найвищі рівні поширеності туберкульозу в Україні, особливо у поєднанні з ВІЛ-інфекцією (рис. 3.11).

Результати аналізу свідчать, що рівні поширеності туберкульозу в досліджуваних регіонах знижуються – темп приросту (зниження) на 2018 рік в Одеській області складає – 25,7 %, в Миколаївській – 40,7 %, в Херсонській – 71,1 %. Разом з цим ми спостерігаємо зміну структури хворих в плані приросту частки коморбідних станів. Темпи приросту поширеності коінфекції ТБ/ВІЛ суттєво зростають у всіх регіонах - в Одеській області на +186,3 %, в

Миколаївській +10,3 %, в Херсонській +73,6 % за період 2006-2017 роки. Ці тенденції є спільними і для України в цілому (+86,7 % поширеність коінфекції ТБ/ВІЛ), але приріст в Одеській області суттєво випереджає інші регіони (табл. 3.9.).

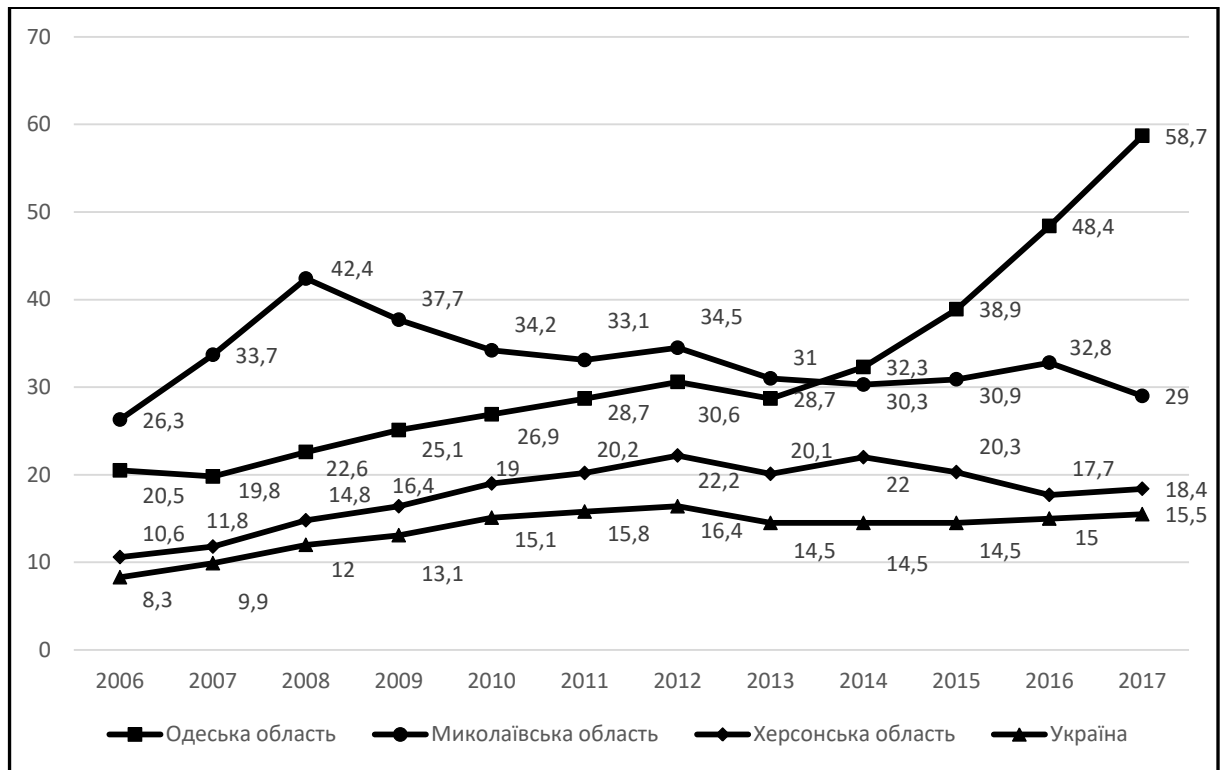


Рис. 3.11. Поширеність коінфекції ТБ/ВІЛ серед населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2006-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Аналіз смертності від туберкульозу в досліджуваних регіонах засвідчив, що динаміка відповідних показників відображала тенденції в Україні, а саме її зниження (без урахування випадків коінфекції ТБ/ВІЛ) за досліджуваний період. В Україні середній річний темп зниження показника дорівнював 10,1 % [83]. Показники по регіонам майже дорівнювали середнім по галузі у 2013 році.

Станом на 2017 рік рівень смертності в Херсонській та Одеській областях помірно підвищився (рис. 3.12).

Темпи приросту поширеності активного ТБ та всіх форм активного ТБ у поєднанні з захворюванням, зумовленим ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ) протягом 2006-2017 років (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Регіон Рік	Темпи приросту рівнів поширеності, (%)							
	Одеська область		Миколаївська область		Херсонська область		Україна	
	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ
2006	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-4,0	-3,4	-3,7	28,1	-11,8	11,3	-5,5	19,3
2008	+9,3	+10,2	-0,2	61,2	-21,0	39,6	-9,5	44,6
2009	+6,0	+22,4	1,4	43,3	-26,8	54,7	-13,9	57,8
2010	-11,1	+31,2	-11,2	30,0	-32,6	79,2	-19,1	81,9
2011	-23,2	+40,0	-15,7	25,9	-41,7	90,6	-26,9	90,4
2012	-22,5	+49,3	-15,7	31,2	-47,8	109,4	-36,0	97,6
2013	-46,1	+40,0	-32,9	17,9	-61,4	89,6	-50,6	74,7
2014	-44,0	+57,6	-33,0	16,0	-64,7	107,5	-57,5	74,7
2015	-34,9	+89,8	-31,8	17,5	-66,6	91,5	-60,1	74,7
2016	-25,0	+136,1	-32,8	24,7	-69,1	67,0	-61,3	80,7
2017	-25,7	+186,3	-40,7	10,3	-71,1	73,6	-63,9	86,7

Смертність від коінфекції ТБ/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2011-2017 роках на 100 тис. відповідного населення мала аналогічні тенденції, як і загалом смертність від ТБ.

Однак зберігалася диференціація рівнів смертності в залежності від регіону: показник по Херсонській області знаходився на рівні середнього по галузі (4,0 і 3,9 на 100 тис. відповідного населення), по Миколаївській області -

перевищував показник по галузі у 2,1 рази, а по Одеській області – у 2,8 разів (рис. 3.13).



Рис. 3.12. Смертність від усіх форм ТБ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2007-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення)

В цілому смертність населення від усіх форм ТБ та кількість померлих хворих на коінфекцію ТБ/ВІЛ в Миколаївській та Одеській областях перевищувала показник по Україні в середньому щорічно в 2,6 та 3,2 рази відповідно (табл. 3.10).

Таким чином, епідемічна ситуація щодо туберкульозу в регіонах дослідження за своїми тенденціями мало відрізнялася від ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу: мало місце перевищення показників захворюваності та поширеності захворювання в порівнянні з показниками, середніми по галузі; рівень смертності перевищував аналогічний у Одеській та Миколаївській областях.

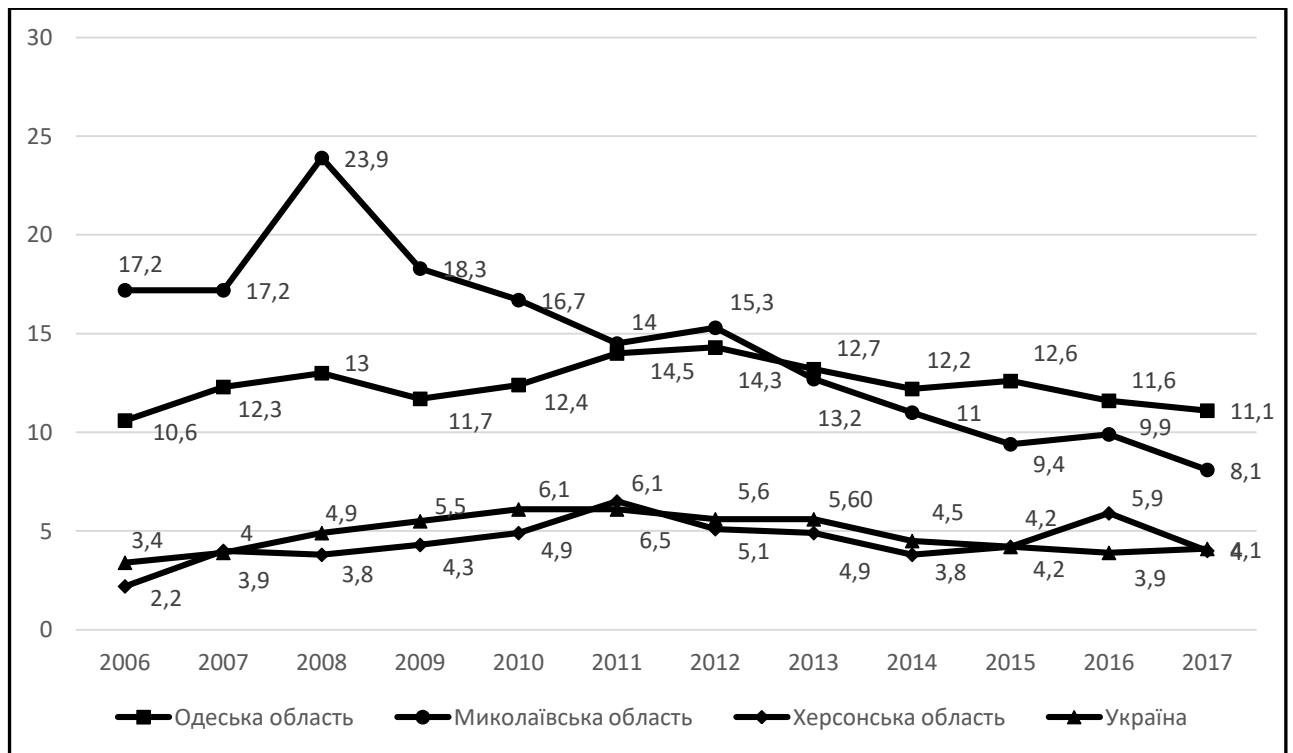


Рис. 3.13. Смертність від коінфекції ТБ/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2006-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення).

Таблиця 3.10.

Смертність від усіх форм ТБ та кількість померлих хворих на ТБ від коінфекції ТБ/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України у 2006-2017 роках

Регіон	Смертність, абсолютні числа (на 100 тис. нас.)							
	Одеська		Миколаївська		Херсонська		Україна	
	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ	ТБ	ТБ/ВІЛ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2006	N/A	254 (10,6)	N/A	210 (17,2)	N/A	25 (2,2)	N/A	1606 (3,4)
2007	739 (31,0)	293 (12,3)	261 (21,6)	208 (17,2)	342 (30,7)	45 (4,0)	10506 (22,6)	1827 (3,9)
2008	806 (33,8)	311 (13,0)	253 (21,0)	287 (23,9)	278 (25,1)	42 (3,8)	10357 (22,4)	2269 (4,9)

Продовження таблиці 3.10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2009	501 (21,0)	278 (11,7)	226 (18,9)	219 (18,3)	252 (23,0)	47 (4,3)	8383 (18,2)	2539 (5,5)
2010	494 (20,8)	296 (12,4)	206 (17,3)	199 (16,7)	227 (20,8)	53 (4,9)	7621 (16,6)	2749 (6,0)
2011	446 (18,8)	333 (14,0)	171 (14,4)	171 (14,5)	226 (20,8)	71 (6,5)	6951 (15,2)	2765 (6,1)
2012	422 (17,8)	340 (14,3)	154 (13,1)	180 (15,3)	216 (20,0)	55 (5,1)	6862 (15,1)	2786 (6,1)
2013	378 (15,9)	315 (13,2)	144 (12,3)	149 (12,7)	185 (17,2)	53 (4,9)	6390 (14,1)	2522 (5,6)
2014	265 (11,1)	292 (12,2)	133 (11,4)	129 (11,0)	172 (16,1)	41 (3,8)	5240 (12,2)	1994 (4,6)
2015	272 (11,4)	300 (12,6)	114 (9,8)	109 (9,4)	198 (18,6)	45 (4,2)	4602 (10,8)	1914 (4,5)
2016	316 (13,3)	275 (11,6)	92 (7,9)	115 (9,9)	156 (14,7)	63 (5,9)	4064 (9,5)	1788 (4,2)
2017	310 (13,1)	263 (11,1)	88 (7,7)	93 (8,1)	134 (12,7)	42 (4,0)	3735 (8,8)	1663 (3,9)

Комплексна оцінка досліджуваних показників, що відображають ситуацію з туберкульозом в Україні та південному регіоні, представлено в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11.

Комплексна оцінка областей України за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від туберкульозу (за 2006-2018 роки)

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
1	2	3	4
Вінницька	38,2	нижче середньої	21
Волинська	52,9	середня	12
Дніпропетровська	66,6	висока	3

<i>Продовження таблиці 3.11.</i>			
1	2	3	4
Донецька	55,0	середня	11
Житомирська	64,4	висока	7
Закарпатська	60,5	вище середньої	9
Запорізька	63,0	висока	8
Івано-Франківська	43,9	нижче середньої	17
Київська	64,6	висока	6
Кіровоградська	66,5	висока	4
Львівська	44,4	середня	16
Миколаївська	66,3	висока	5
Одеська	92,4	дуже висока	1
Полтавська	52,6	середня	13
Рівненська	43,2	нижче середньої	18
Сумська	48,5	середня	15
Тернопільська	34,4	низька	23
Харківська	40,7	нижче середньої	20
Херсонська	70,2	дуже висока	2
Хмельницька	42,9	нижче середньої	19
Черкаська	49,8	середня	14
Чернівецька	33,9	низька	24
Чернігівська	58,4	вище середньої	10
м.Київ	37,4	низька	22

Комплексна оцінка показників, що відображають ситуацію з станом захворюваності, поширеності та смертності від туберкульозу за 2006-2018 роки свідчить, що Одеська та Херсонська області мають дуже високу комплексну оцінку вказаних показників за період дослідження (1 та 2 рангові місця в розрізі областей України). Миколаївська область визначається з високим рівнем комплексної оцінки (5 ранг), що суттєво вище рівнів комплексної оцінки більшості областей України.

3.3. Епідемічна ситуація щодо вірусного гепатиту В та вірусного гепатиту С

Враховуючи особливості епідемічного процесу щодо ВГВ і ВГС в регіонах дослідження та в Україні, аналізу підлягали не лише рівні

захворюваності, поширеності на ці хвороби та їх динаміка, але й сезонні коливання захворюваності [204].

Аналіз захворюваності на ВГВ засвідчив, що впродовж періоду спостереження відбувалось її поступове зниження з епізодичним зростанням в окремі роки, що загалом відповідало епідемічній ситуації по країні (табл. 3.12).

Виявлено, що на території Миколаївської області рівень зареєстрованої захворюваності зменшився з 4,16 у 2010 р. до 1,39 у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення та в середньому складав $2,52 \pm 0,40$ на 100 тис. нас. і був достовірно нижчим, ніж по країні в цілому ($p=0,008$).

Колівання захворюваності на гепатит В серед населення Одеської області відбувалося у межах 7,38 у 2010 р., 4,80 - у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення; її рівень в середньому становив $3,50 \pm 0,67$ на 100 тис. нас. Слід зазначити, що впродовж 2011-2016 років рівень захворюваності був значно нижчим – від 3,42 до 2,48 на 100 тис. нас. Показник по області, в середньому за досліджуваний період достовірно не відрізнявся від відповідного показника по країні в цілому ($p=0,556$).

Таблиця 3.12.

**Захворюваність на гепатит В у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні у 2010-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення)
(за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)**

Рік	Миколаївська область	Одеська область	Херсонська область	Південні області (середній рівень)	Україна
1	2	3	4	5	6
2010	4,16	7,38	5,34	5,63	5,19
2011	4,11	3,42	4,31	3,95	4,80
2012	2,28	2,60	3,56	2,81	4,01

<i>Продовження таблиці 3.12.</i>					
1	2	3	4	5	6
2013	2,38	2,45	2,81	5,54	3,98
2014	1,71	2,07	2,15	1,97	3,15
2015	2,14	2,79	2,53	2,49	3,38
2016	1,97	2,48	1,97	2,14	3,43
2017	1,39	4,80	3,00	3,06	3,34
M±m	2,52±0,40	3,50±0,67	3,20±0,41	3,44±0,51	3,91±0,28
P	0,008*	0,556	0,169	0,437	

Примітка: * - вірогідна різниця $p \leq 0,05$

Рівень захворюваності на гепатит В населення Херсонської області коливався від 5,34 до 3,00 на 100 тис. нас., в окремі роки (2016 р.) знижувався до 1,98 на 100 тис. нас., становлячи, в середньому, $3,20 \pm 0,41$ на 100 тис. нас.

Середній показник захворюваності на гепатит В за досліджуваний період, розрахований по трьом південним регіонам, виявився дещо нижчим від рівня захворюваності на гепатит В по країні в цілому ($p=0,437$).

Сталість тенденцій розвитку епідемічного процесу гепатиту В в напрямку зниження за досліджуваний період у Миколаївській, Одеській та Херсонській областях підтверджено візуалізацією даних (рис. 3.14).

Слід зазначити, що, як відомо, низькі рівні зареєстрованої захворюваності на гепатит В можуть бути як наслідком дійсного зниження захворюваності, так і недоліками у реєстрації або зверненнями дорослого населення не у всіх випадках захворювань, що має місце у багатьох регіонах країни [205].

Порівняння трендів захворюваності в середньому по досліджуваним регіонам та в Україні представлено на рис. 3.15.

Дослідження характеру епідемічного процесу щодо ВГВ в Одеській та Херсонській областях за показниками сезонності показали, що останні мали хвилеподібну динаміку, що підтверджувалось Індексом сезонного підйому вище 8,3 (рис. 3.16).

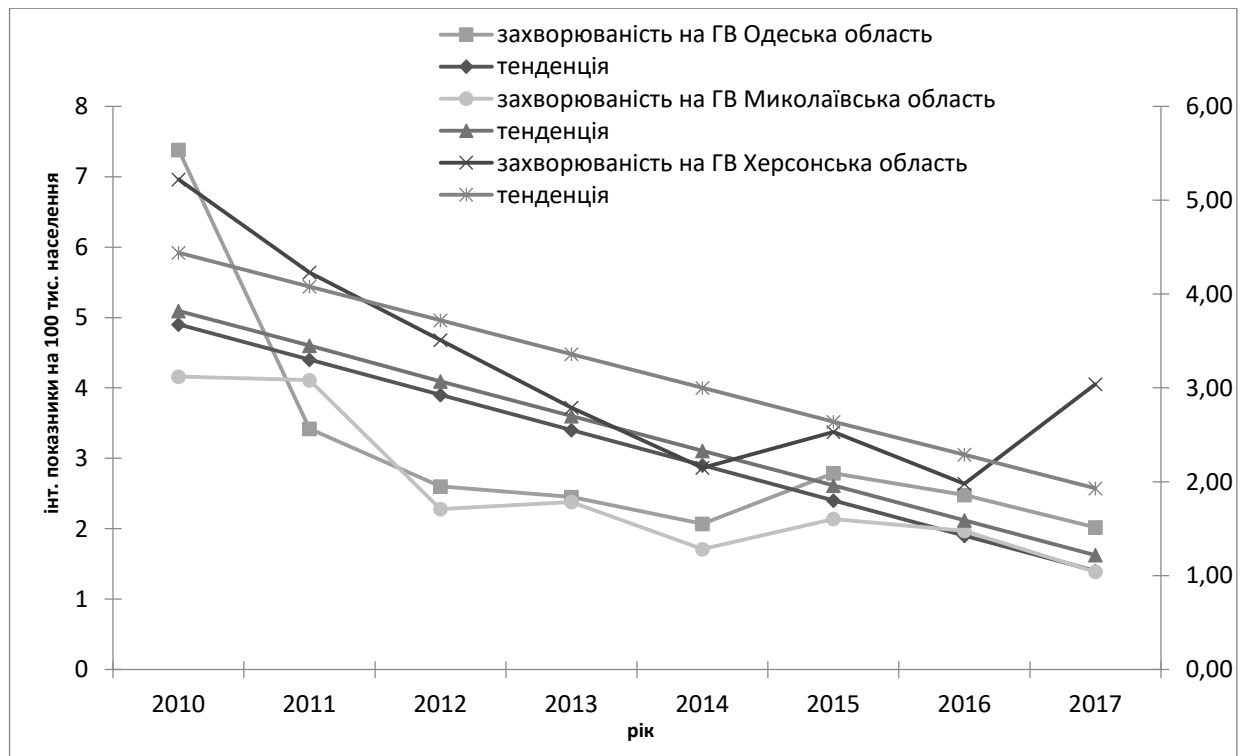


Рис. 3.14. Динаміка та тенденції епідемічного процесу захворюваності щодо гепатиту В у Миколаївській, Одеській та Херсонській областях у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.).

У Одеській області протягом досліджуваного періоду визначались два сезонних підйоми захворюваності: з січня по березень (від 105,23 до 111,97 %) та з серпня по листопад (від 103,55 до 135,12 %). Пік показника сезонності припадав на жовтень.

У Миколаївській області за досліджуваний період рівень захворюваності загалом знизився з 1,00 до 0,52 на 100 тис. відповідного населення, але зменшення показника не було строго поступовим і відрізнялось періодичним підвищенням після чергового падіння (1,27 - у 2012 році, 0,34 – у 2016 р. та 0,52 – у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення). Середній за 2010-2017 роки показник становив $0,75 \pm 0,15$ на 100 тис. відповідного населення, і виявився достовірно нижчим, ніж по Україні ($p=0,0007$).

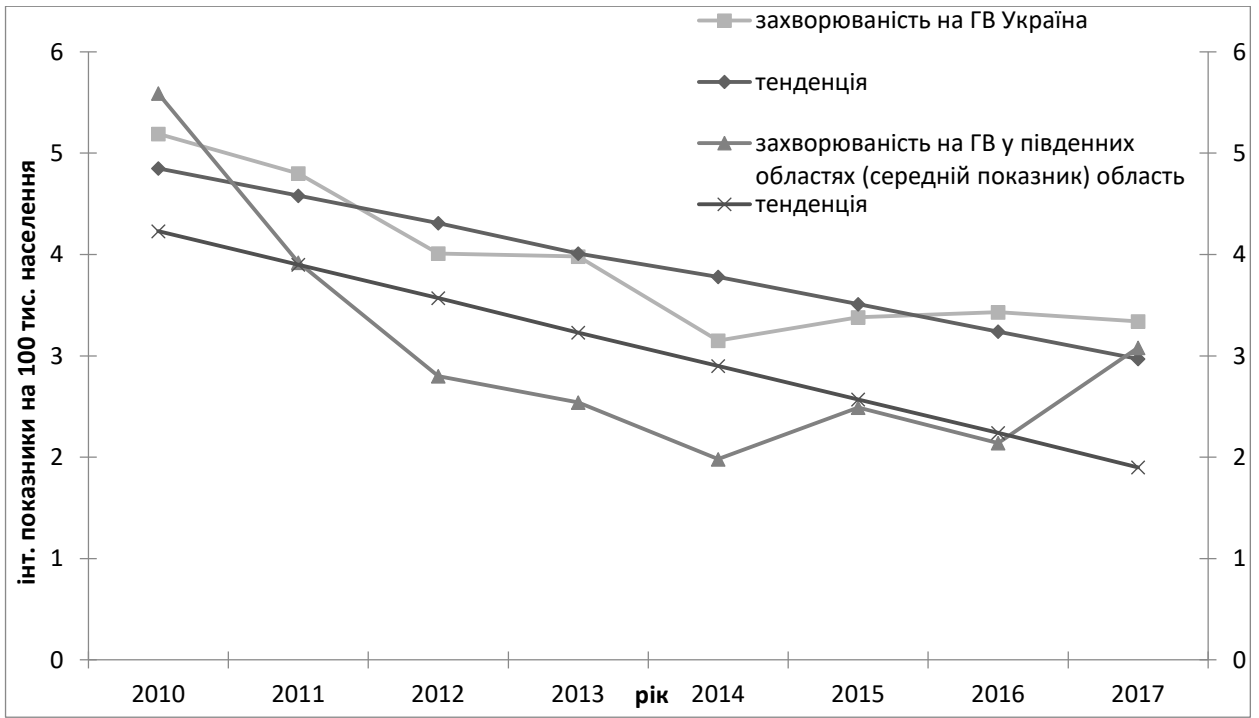


Рис. 3.15. Динаміка та тенденції епідемічного процесу захворюваності на гепатит В серед населення Миколаївської, Одеської та Херсонської областей (середній показник) та України у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.).

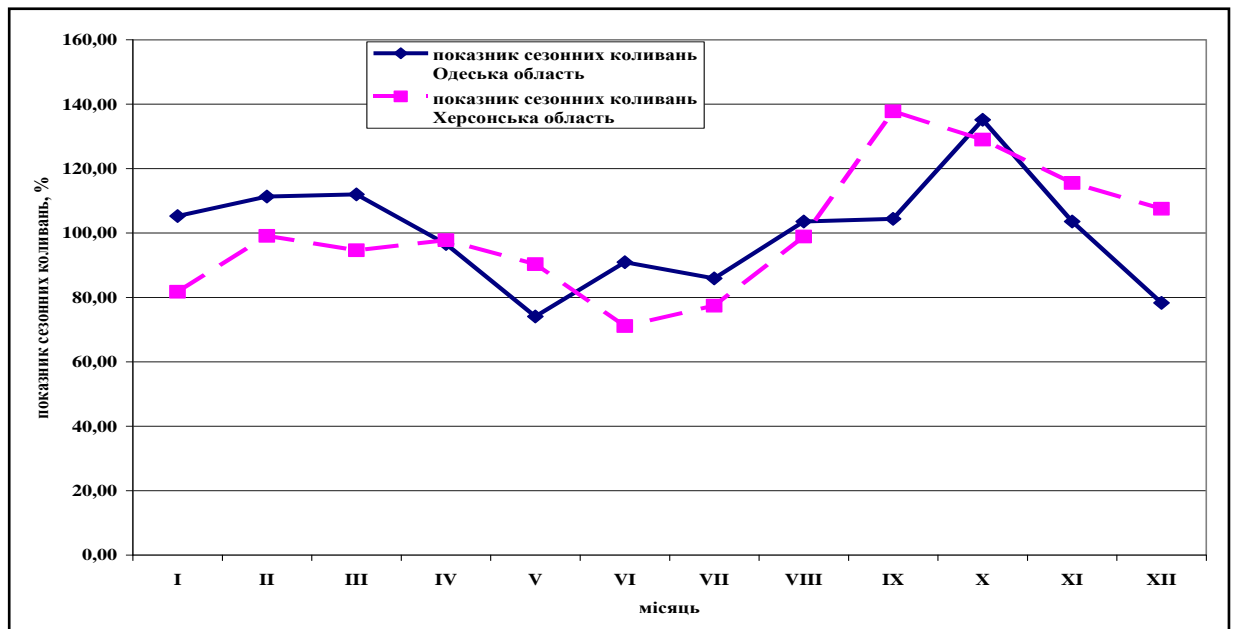


Рис. 3.16. Показник сезонності захворюваності на гепатит В в Одеській та Херсонській областях у 2010-2017 роках (у %).

**Захворюваність на гострий гепатит С у Миколаївській, Одеській,
Херсонській областях та Україні у 2010-2017 роках (на 100 тис. відповідного
населення)**

Рік	Миколаївська область	Одеська область	Херсонська область	Південні області	Україна
2010	1,00	4,23	0,28	1,84	1,71
2011	1,01	2,36	0,38	1,25	1,55
2012	1,27	1,27	0,38	0,97	1,48
2013	1,10	1,30	0,37	0,92	1,53
2014	0,51	1,21	0,84	0,85	1,23
2015	0,26	1,39	2,16	1,27	1,37
2016	0,34	1,22	1,89	1,15	1,32
2017	0,52	0,76	2,00	1,09	1,12
M±m	0,75±0,15	1,72±0,39	1,04±0,29	1,17±0,12	1,41±0,07
P	0,0007*	0,458	0,232	0,077	

* - статистично значима різниця у порівнянні з показником по Україні.

Захворюваність населення Одеської області перевищувала в цілому захворюваність населення Миколаївської області, але також демонструвала тенденції до зниження за досліджуваний період: з 4,23 у 2010 р. до 0,76 у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення. Середній багаторічний показник склав $1,72 \pm 0,42$ на 100 тис. відповідного населення, який достовірно не відрізнявся від рівня захворюваності по країні в цілому ($p=0,458$).

На противагу вище зазначеним областям, рівень захворюваності на гепатит С населення Херсонської області демонстрував тенденцію до зростання, що підтверджено показниками 0,28 у 2010 р. та 2,00 – у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення. В середньому за досліджуваний період він дорівнював

1,04±0,31 на 100 тис. нас. і також, як і по Одеській області, достовірно не відрізнявся від рівня захворюваності по країні в цілому ($p=0,232$).

Середній показник захворюваності по усім досліджуваним областям за вказаний період мав незначні коливання максимальних і мінімальних величин: від 1,84 у 2010 р. до 0,85 у 2014 р. на 100 тис. відповідного населення, в середньому 1,17±0,12 на 100 тис. відповідного населення та відрізнявся від середнього показника по галузі ($p=0,077$).

Виявлені тенденції захворюваності населення Миколаївської, Одеської та Херсонської областей на основі аналізу динамічних рядів наглядно представлені на рис. 3.17.

Виявлені тенденції середнього рівня захворюваності населення загалом по Миколаївській, Одеській та Херсонській областям та по Україні на основі аналізу динамічних рядів наглядно представлені на рис. 3.18.

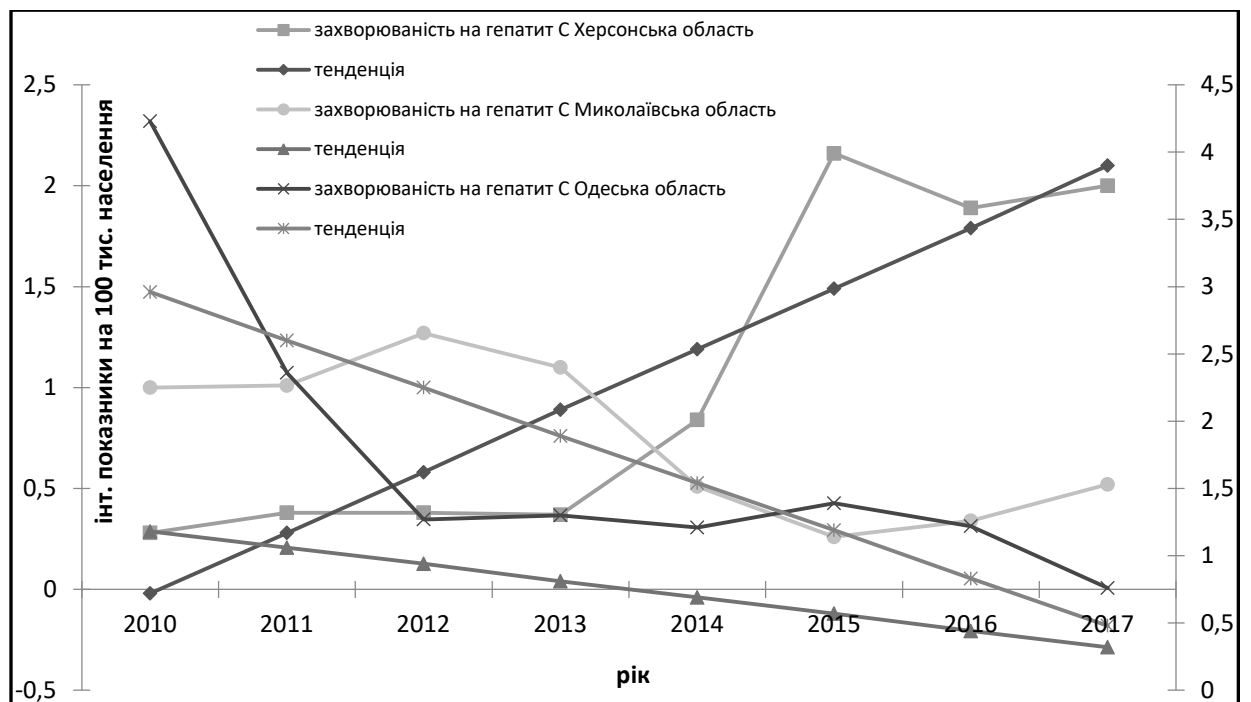


Рис. 3.17. Динаміка та тенденції епідемічного процесу щодо гепатиту С у Миколаївській, Одеській та Херсонській областях у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.).

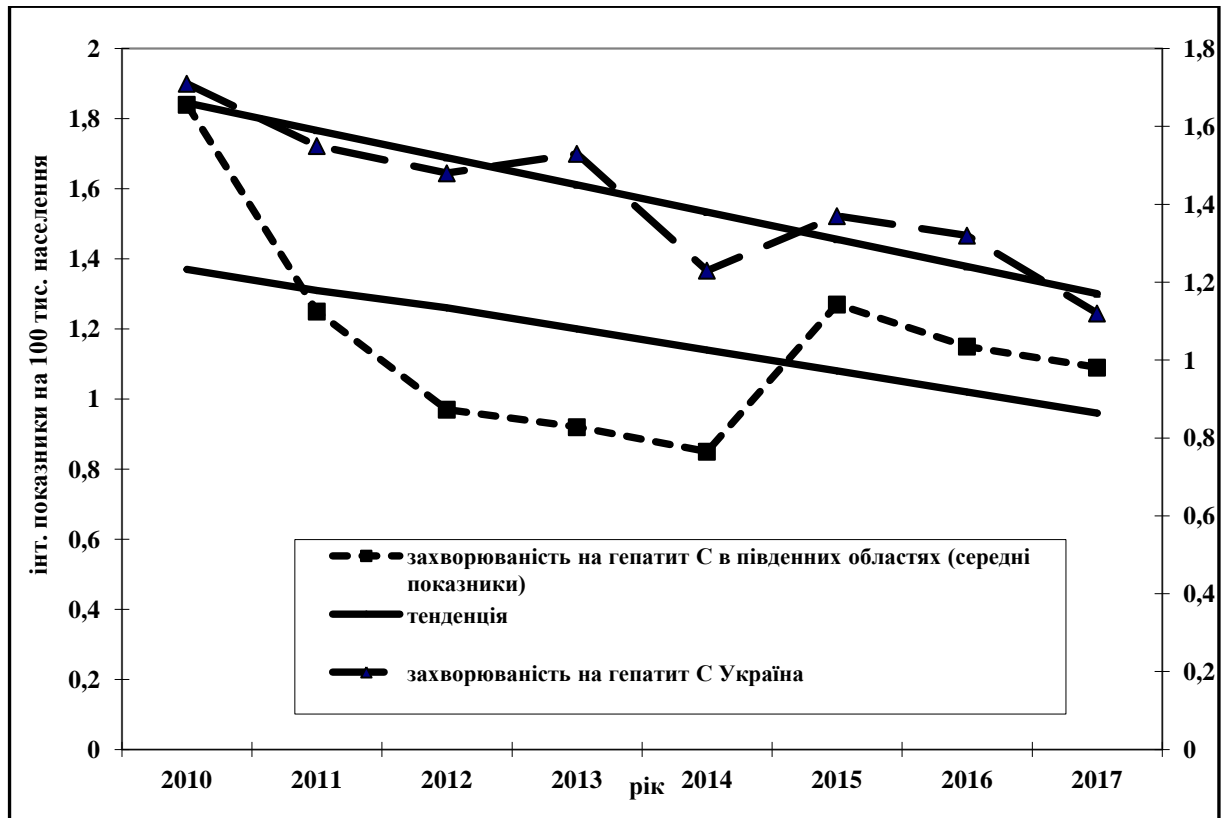


Рис. 3.18. Динаміка та тенденції епідемічного процесу щодо гепатиту С у Миколаївській, Одеській та Херсонській областях (середній показник) та по Україні у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.)

Аналізом характеристик сезонності епідемічного процесу щодо ВГС на території Одеської та Херсонської областей встановлено, що підвищення ПСК мало місце з січня по квітень (у січні – 159,44 %; лютому – 145,21 %; березні – 145,87; квітні – 105,44) та в жовтні (105,23 %).

Значне підвищення відмічене у січні-березні (ПСК 145,21-159,44 %), що пов'язано з більшою кількістю звернень та числом лабораторних досліджень, проведених у цей період, та, відповідно вищим рівнем виявлення захворювання (рис. 3.19).

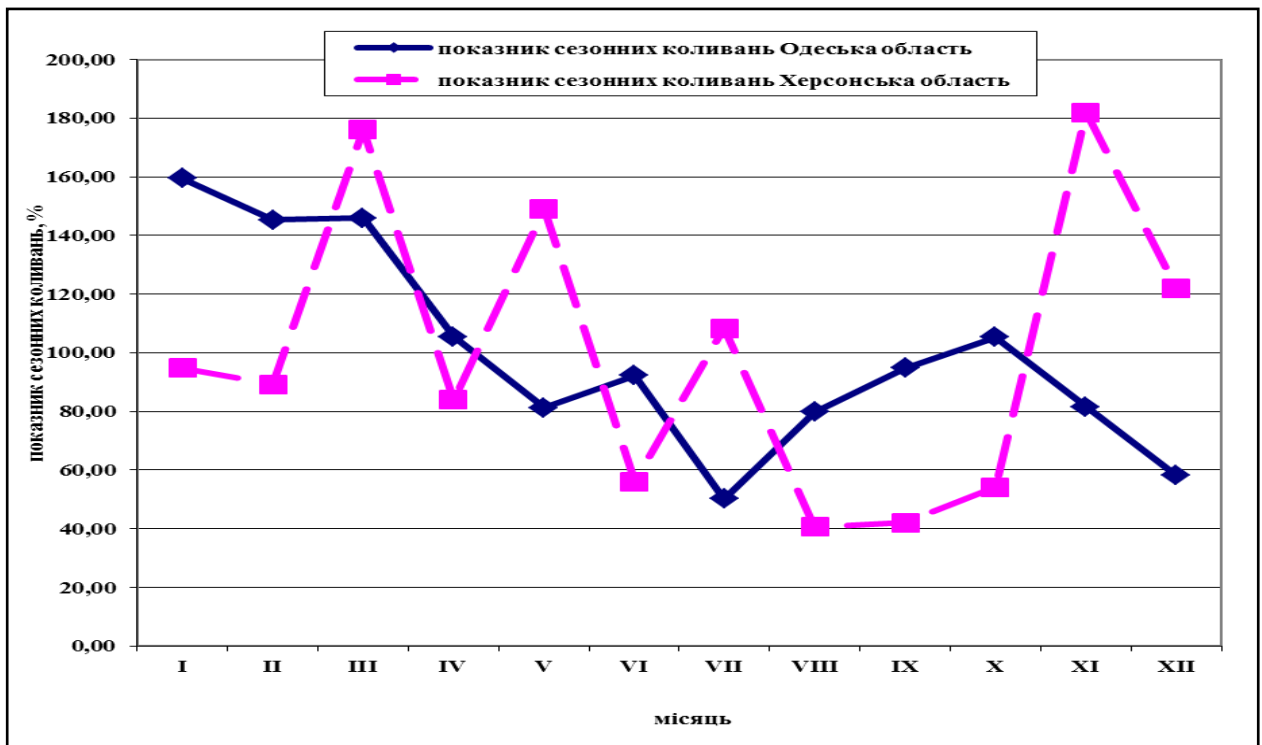


Рис. 3.19. Показник сезонності захворюваності на гепатит С в Одеській та Херсонській областях у 2010-2017 роках (у %).

Серед населення Херсонської області багаторічна сезонна динаміка ВГС мала хвилеподібний характер, коли підйом захворюваності реєструвався через кожен місяць, сягаючи значних коливань: у березні – 176,06 %; травні – 148,97 %; липні – 108,34 %; листопаді – 181,93 % та грудні - 121,89 %, максимально виражений у березні та листопаді.

Для гепатиту С важливим є не тільки реєстрація гострих форм, які першочергово визначають епідеміологічний аспект проблеми, а й аналіз поширеності патології – аналіз хронічних форм гепатиту С. Саме ці форми формують основне навантаження на систему охорони здоров'я. Особливості реєстрації хронічних форм дозволяють провести аналіз за 2013-2017 роки (табл. 3.14).

Поширеність гепатиту С (гострі та хронічні форми) у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні у 2013-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення)

Рік	Миколаївська область		Одеська область		Херсонська область		Південні області		Україна	
	П	ТП (%)	П	ТП (%)	П	ТП (%)	П	ТП (%)	П	ТП (%)
2013	172,6		138,2		84,0		131,6		97,2	
2014	198,2	+14,8	173,5	+25,5	101,9	+21,3	157,9	+20,0	101,2	+4,1
2015	241	+39,6	170,2	+23,2	106,6	+26,9	172,6	+31,2	109,6	+12,8
2016	249,2	+44,4	164,2	+18,8	113,4	+35,0	175,6	+33,4	115	+18,3
2017	260	+50,6	172,9	+25,1	126,3	+50,4	186,4	+41,6	123,7	+27,3

П – показник (випадків на 100 тис. відповідного населення)

ТП – темп приросту (у %).

Незважаючи на те, що існує чітка динаміка на зменшення частоти виявлення гострих форм гепатиту С, аналіз всіх зареєстрованих випадків гепатиту С (гострі та хронічні форми) виявляє значний приріст поширеності патології в досліджуваних регіонах. Якщо в цілому по Україні приріст складає +27,3 %, то приріст в Миколаївській області +50,6 %, в Одеській області +25,1 %, в Херсонській області +50,4 %, цілому по Південному регіону +41,6 %.

Зважаючи, що саме хронічні форми гепатитів формують навантаження на охорону здоров'я, нами проведено аналіз і визначена комплексна оцінка регіонів за всіма формами гепатитів (гострі та хронічні форми).

Визначена комплексна оцінка показників, що відображають ситуацію з станом поширеності вірусних гепатитів В та С за 2013-2017 рр. свідчить, що Миколаївська та Одеська області мають дуже високу комплексну оцінку

вказаних показників за період дослідження (1 та 2 рангові місця в розрізі областей України), яка суттєво перевищує середній рівень. Херсонська область визначається середнім рівнем комплексної оцінки (11 ранг), але перевищує рівні комплексної оцінки більшості областей України. Високі комплексні оцінки, що обумовлені значними рівнями зареєстрованих захворювань на гепатит В та С в південних регіонах України, обумовлюють значне навантаження на охорону здоров'я з організаційного та економічного аспектів. Ці проблеми обумовлені тривалим і високовартісним лікуванням, що потребує чіткої організації системи медичного забезпечення вказаної категорії пацієнтів.

Таблиця 3.15.

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності вірусних гепатитів В та С за 2010-2017 роки

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
1	2	3	4
Вінницька	24,0	низька	23
Волинська	52,2	середня	13
Дніпропетровська	68,7	висока	8
Донецька	84,6	дуже висока	4
Житомирська	29,6	низька	17
Закарпатська	48,3	середня	14
Запорізька	88,1	дуже висока	3
Івано-Франківська	56,6	середня	12
Київська	72,0	висока	6
Кіровоградська	73,9	висока	5

<i>Продовження таблиці 3.15.</i>			
1	2	3	4
Львівська	23,6	низька	24
Миколаївська	92,3	дуже висока	1
Одеська	88,4	дуже висока	2
Полтавська	59,8	вище середньої	10
Рівненська	68,5	висока	9
Сумська	71,3	висока	7
Тернопільська	25,1	низька	21
Харківська	28,8	низька	18
Херсонська	56,7	середня	11
Хмельницька	24,5	низька	22
Черкаська	41,5	середня	16
Чернівецька	27,0	низька	19
Чернігівська	47,9	середня	15
м.Київ	26,7	низька	20

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності вірусних гепатитів В та С (числом зареєстрованих випадків на 100 тис. відповідного населення) наведено в таблиці 3.15.

Отримані результати свідчать, що південні регіони потребують особливої уваги в питаннях оптимізації моделі медичного забезпечення хворих на вірусні гепатити В та С.

3.4. Характеристики епідемічного процесу щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом

Встановлено, що захворюваність на гонорею населення Одеської області за досліджуваний період поступово зменшувалась - з 39,41 у 2010 р. до 19,08 у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення та складала $21,39 \pm 3,20$ на 100 тис. нас. в середньому. Захворюваність населення Миколаївської області також

знижувалась відповідно з 17,88 до 10,91 на 100 тис. відповідного населення та склала в середньому $14,07 \pm 0,76$ на 100 тис.нас. (табл. 3.16).

Таблиця 3.16.

Захворюваність на гонорею населення Одеської та Миколаївської областей у 2010-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення) (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Рік	Все населення		Діти до 17 років	
	Одеська область	Миколаївська область	Одеська область	Миколаївська область
2010	39,41	17,88	7,20	0,94
2011	21,43	14,78	3,33	1,44
2012	20,75	14,43	4,26	2,40
2013	20,66	13,25	5,52	0,96
2014	18,37	14,95	3,79	0,97
2015	16,68	13,10	0,67	1,94
2016	14,80	13,22	1,76	0,47
2017	19,08	10,91	0	1,95
M±m	$21,39 \pm 3,20$	$14,07 \pm 0,76$	$2,90 \pm 0,92$	$1,38 \pm 0,25$
T	3,36*		1,81	
P	0,012		0,11	

Примітка: * - вірогідна різниця $p \leq 0,01$

Захворюваність населення Одеської області достовірно перевищувала таку в Миколаївській: $t=3,36$; $p=0,012$, що може бути пов'язане з демографічними та міграційними процесами, які мають місце у мегаполісі – м. Одесі, де зареєстровано переважну більшість захворювань.

Дослідження тенденцій епідпроцесу гонореї методом динамічних рядів в Одеській області продемонструвало поступове зниження захворюваності, як і в Миколаївській області (рис. 3.20).

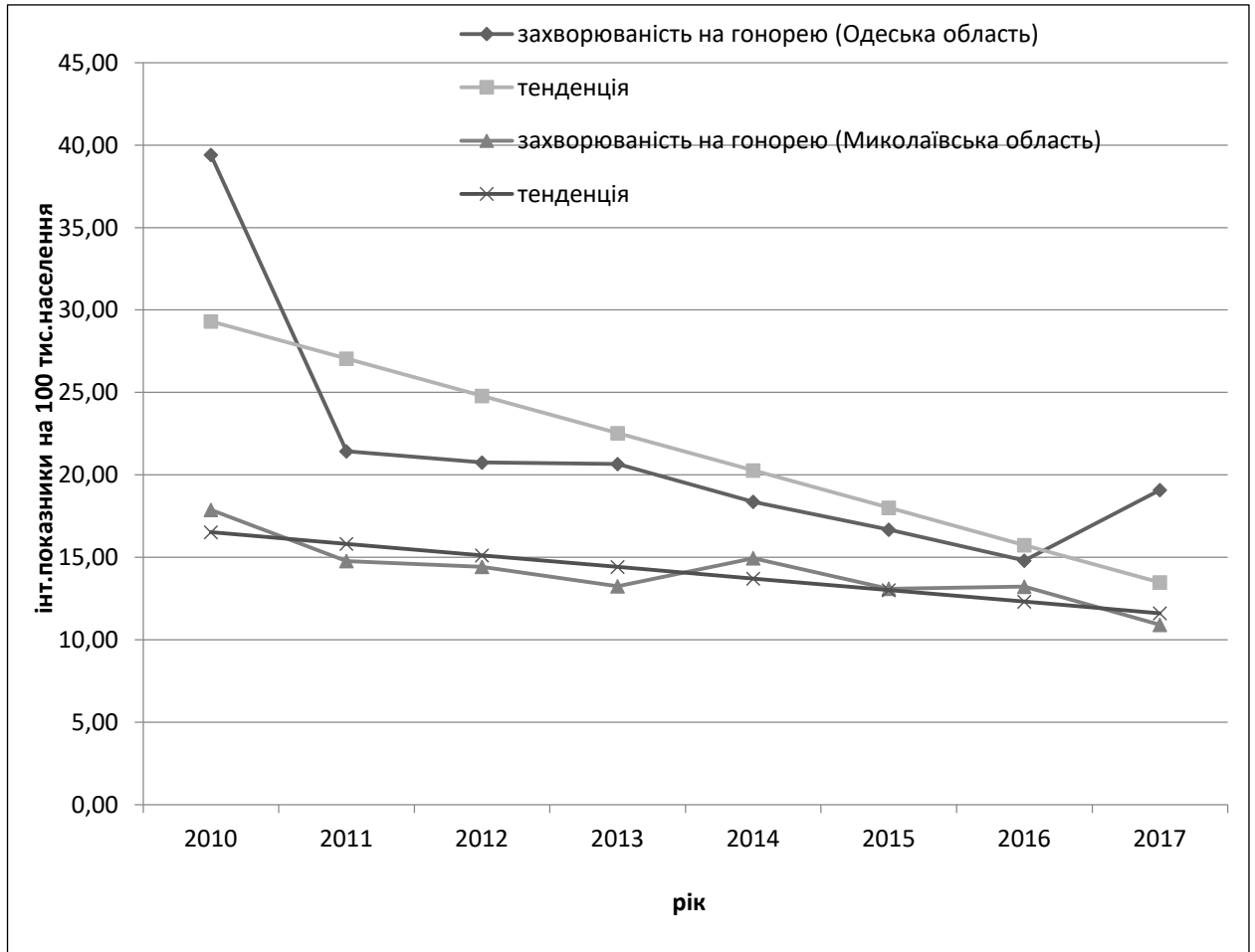


Рис. 3.20. Динаміка та тенденції епідемічного процесу гонореї серед населення Одеської та Миколаївської областей у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.).

Рівень захворюваності на гонорею дітей віком до 17 років в Одеській області за досліджуваний період зменшився від 7,20 до 0 на 100 тис. населення дитячого віку, що в середньому складало $2,90 \pm 0,92$ на 100 тис. населення дитячого віку. В Миколаївській області показники захворюваності за відповідний період також зменшилися з 0,94 у 2010 р. до 0,47 у 2016 р. з наступним зростанням до 1,95 у 2017 р. на 100 тис. населення дитячого віку.

Середній показник дорівнював $1,38 \pm 0,25$ на 100 тис.нас. ($t=1,81$; $p=0,11$) і не відрізнявся достовірно від подібного по Одеській області (рис. 3.21).

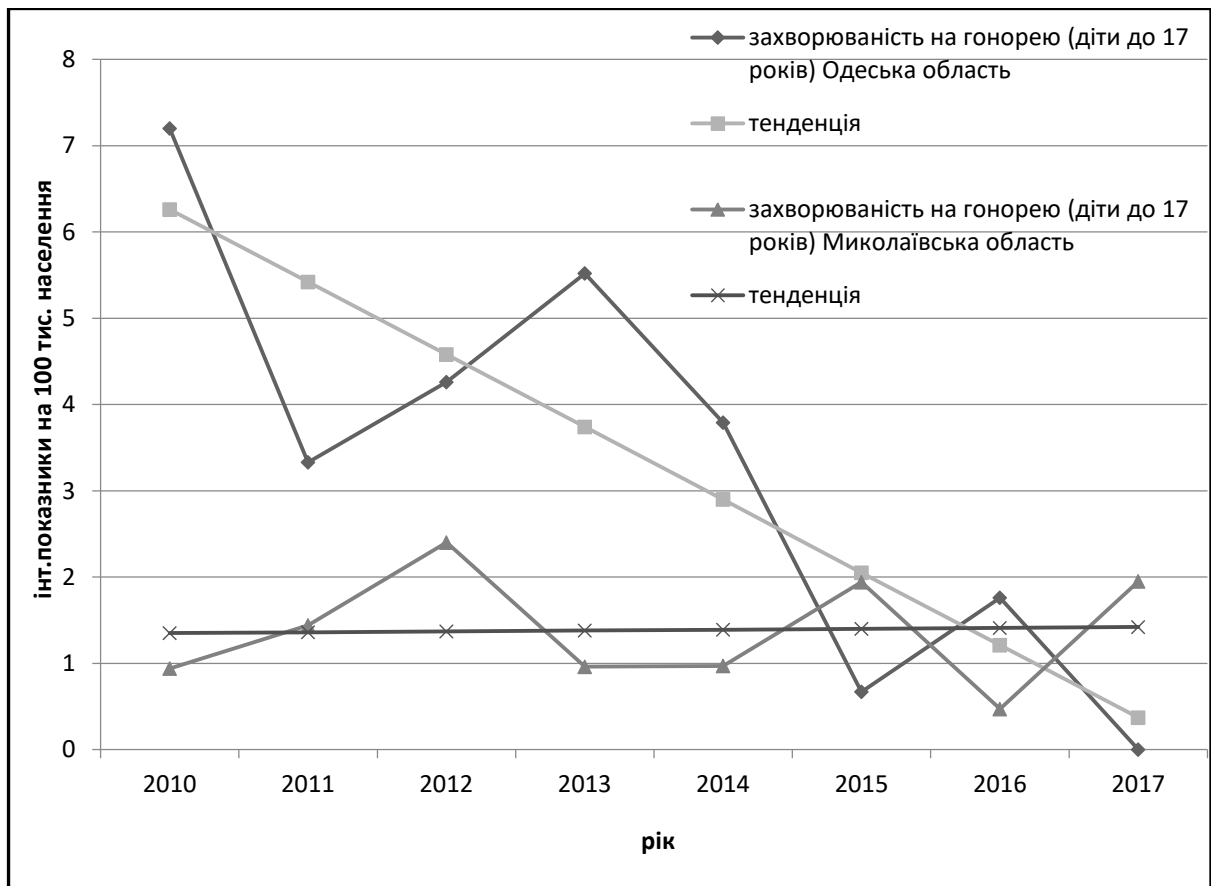


Рис. 3.21. Тенденції епідемічного процесу гонореї у дитячого населення Одеської та Миколаївської областей у 2010-2017 роках (на 100 тис. нас.).

Дослідженням рівня захворюваності на сифіліс мешканців Одеської області, виявлено стабільне зниження її показників з 51,93 до 10,93 на 100 тис. відповідного населення, що в середньому складало $23,35 \pm 4,80$ на 100 тис. нас. Аналогічні тенденції виявлені й в Миколаївській області: рівні захворюваності знизилися з 19,38 до 4,42 на 100 тис. відповідного населення, при середніх значеннях – $12,40 \pm 2,19$ ($t=3,50$; $p=0,01$). Рівні захворюваності на сифіліс населення Одеської області достовірно перевищували аналогічні по Миколаївській області (табл. 3.17).

Результати аналізу динамічних рядів щодо захворюваності населення зазначених областей на сифіліс візуалізовані на рис. 3.22.

Захворюваність дітей, які мешкають в Одеській області, на сифіліс змінювалася від 9,36 (2010 р.) до 0,44 (2016 р.) на 100 тис. населення дитячого віку, середній показник на 100 тис. відповідного населення складав $4,51 \pm 1,31$. Найбільша захворюваність у Миколаївській області спостерігалася в 2014 р. – 3,38, найменша - у 2016 р. – 0,94, що в середньому становило $2,16 \pm 0,35$ на 100 тис. населення дитячого віку. Не доведена достовірна різниця стосовно захворюваності на сифіліс серед дітей, які мешкають в зазначених суміжних областях ($t=2,23$; $p=0,061$).

Таблиця 3.17.

Захворюваність на сифіліс населення Одеської та Миколаївської областей у 2010-2017 роках (на 100 тис. відповідного населення) (за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України)

Рік	Все населення		Діти до 17 років	
	Одеська область	Миколаївська область	Одеська область	Миколаївська область
1	2	3	4	
2010	51,93	19,38	9,36	3,30
2011	27,15	17,97	7,55	2,40
2012	22,85	17,46	4,02	2,40
2013	24,05	15,12	8,28	1,92
2014	17,85	10,33	3,56	3,38
2015	17,40	7,54	1,98	1,94
2016	14,60	6,95	0,44	0,94
2017	10,93	4,42	0,88	0,98

<i>Продовження таблиці 3.17.</i>				
1	2	3	4	5
M±m	23,35±4,80	12,40±2,19	4,51±1,31	2,16±0,35
T	3,50*		2,23	
P	0,01		0,061	

Примітка: * - вірогідна різниця $p \leq 0,01$

Отримані дані наглядно підтвержені аналізом динамічних рядів (рис. 3.23).

Аналіз показників, що відображають ситуацію з станом поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом за 2010-2017 роки свідчить, що Одеська область має дуже високу комплексну оцінку даних показників за період дослідження (4 рангове місце в розрізі областей України), що суттєво перевищує середній рівень.

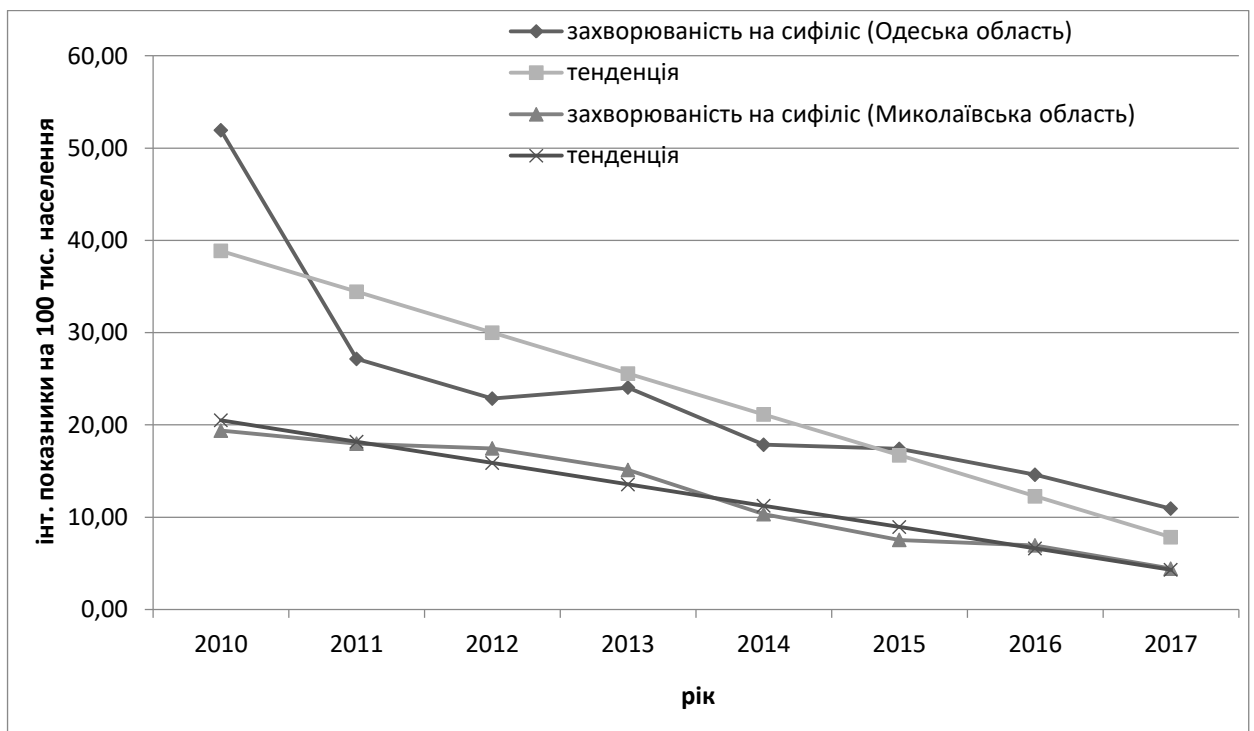


Рис. 3.22. Тенденції епідпроцесу сифілісу у Миколаївській та Одеській областях протягом 2010-2017 років (на 100 тис. нас.).

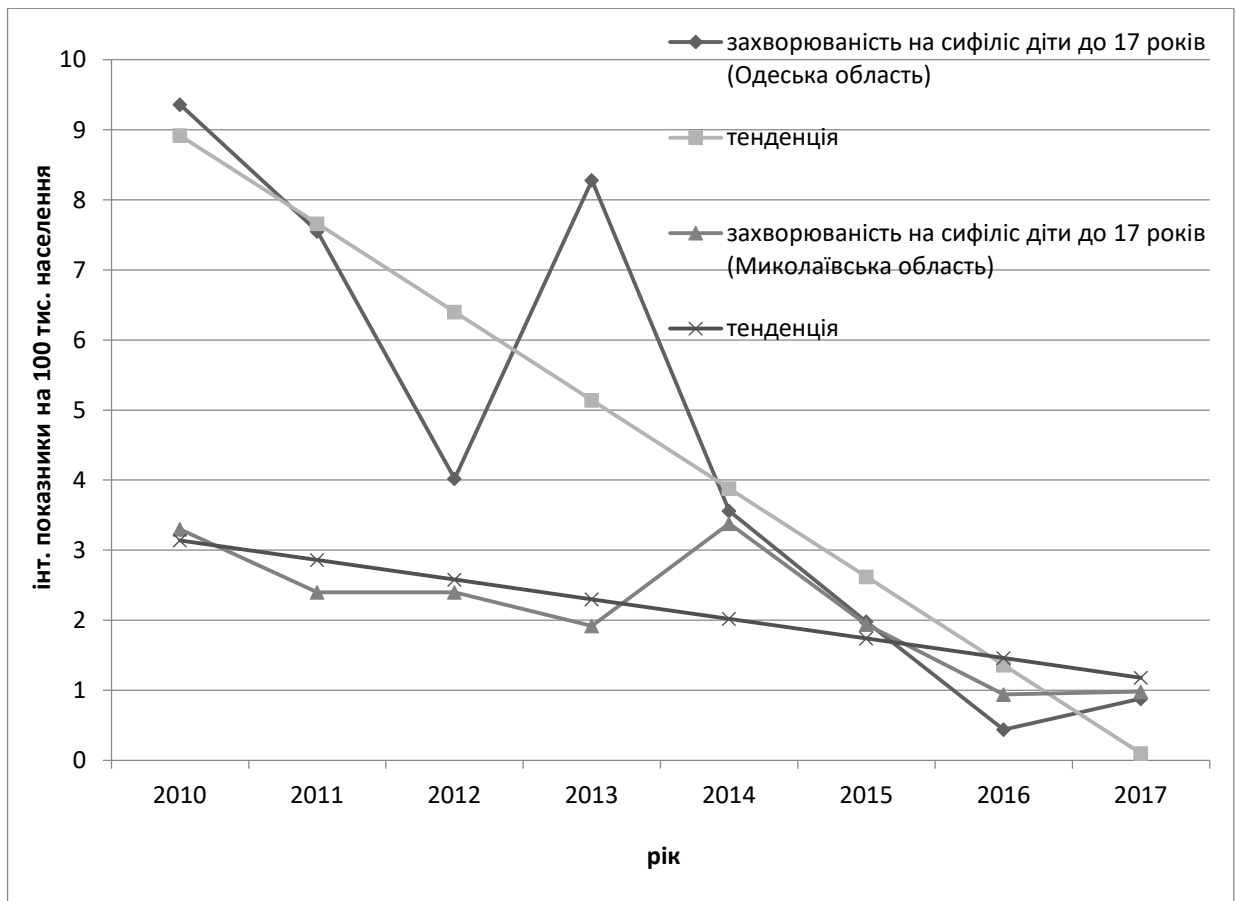


Рис. 3.23. Тенденції епідпроцесу сифілісу серед дітей у Миколаївській та Одеській областях протягом 2010-2017 років (на 100 тис. нас.).

Херсонська область визначається високим рівнем комплексної оцінки (6 ранг), що також перевищує рівні комплексної оцінки більшості областей України. В Миколаївській області комплексна оцінка показників відповідає середньому рівню (41,3 %) і має 17 рангове місце серед областей України.

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом за 2010-2017 рр. (числом зареєстрованих випадків на 100 тис. відповідного населення) наведено в таблиці 3.18.

В цілому, узагальнюючи ситуацію в регіонах дослідження, необхідно відзначити актуальність проблеми інфекцій, що передаються статевим шляхом за їх поширеністю, що формує фінансове навантаження на системи охорони здоров'я та потребує удосконалення системи надання медичної допомоги пацієнтам.

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, за 2010-2017 роки.

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	24,8	низька	20
Волинська	47,6	нижче середньої	11
Дніпропетровська	80,3	дуже висока	3
Донецька	39,3	середня	18
Житомирська	85,7	дуже висока	1
Закарпатська	46,4	середня	13
Запорізька	43,7	середня	16
Івано-Франківська	44,3	середня	15
Київська	22,2	дуже низька	23
Кіровоградська	82,1	дуже висока	2
Львівська	22,8	дуже низька	22
Миколаївська	41,3	середня	17
Одеська	78,2	дуже висока	4
Полтавська	23,7	низька	21
Рівненська	45,8	середня	14
Сумська	46,9	середня	12
Тернопільська	32,9	нижче середньої	19
Харківська	66,9	вище середньої	7
Херсонська	69,3	висока	6
Хмельницька	60,9	вище середньої	9
Черкаська	19,4	дуже низька	24
Чернівецька	69,6	висока	5
Чернігівська	61,0	вище середньої	8
м.Київ	52,7	середня	10

3.5. Вплив демографічних факторів на епідемічні процеси

3.5.1. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес ВІЛ-інфекції

З-поміж демографічних факторів, які можуть впливати на епідеміологічні показники (поширеність, захворюваність і смертність), ми зупинились на наступних: народжуваність, доля осіб віком 15-64 роки, урбанізація, зміни чисельності популяції, міграція, безробіття, а також фактор часу (рік реєстрації показників) [206]. Для кожного епідеміологічного показника будували регресивну модель шляхом покрокового виключення факторів (змінних) до досягнення максимуму впорядкованого коефіцієнта детермінації (Adjusted R²) [207].

Підтверджено попередні дані, що як в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях, так і в Україні, поширеність ВІЛ/СНІД за період 2006-2018 рр. максимальною мірою корелює з роком реєстрації, тобто зростає (табл. 3.18). Разом з цим, в регресивну модель увійшли в якості факторів, що збільшують поширеність даної нозології, доля осіб віком 15-64 роки і інтенсивність міграції. Натомість обмежують її поширеність депопуляція (зменшення чисельності населення) і ріст безробіття. Взяті разом перелічені фактори детермінують поширеність ВІЛ/СНІД на 55 % (табл. 3.19 і рис. 3.24).

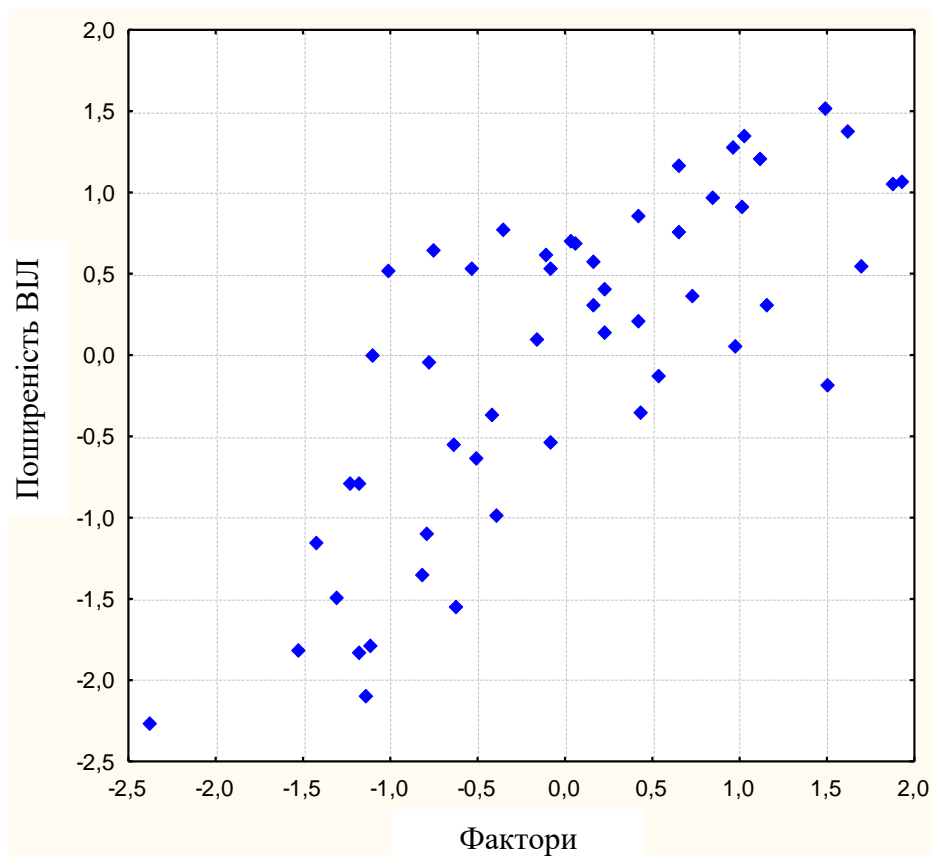
Таблиця 3.19.

Підсумок регресії для залежної змінної: поширеність ВІЛ (R=0,771; R²=0,594; скореговане R²=0,550; F_(5,5)=13,5; p<10⁻⁶; стандартна похибка оцінки: 142)

	Бета	Ст. похибка	B	Ст. похибка	t ₍₄₆₎	p-рівень	
1	2	3	4	5	6	7	8
Перемінні		Перехопл.	3220,4	946,8	3,40	0,001	r

Продовження таблиці 3.19.

1	2	3	4	5	6	7	8
Рік 2006+	1,134	0,195	63,77	10,97	5,81	10^{-6}	0,571
Вік 15-64	-0,548	0,208	-6,18	2,35	-2,63	0,011	0,273
Зміни чисельності популяції	-0,354	0,177	-55,17	27,55	-2,00	0,051	0,261
Міграція	0,236	0,100	51,42	21,78	2,36	0,023	0,125
Безробіття	-0,629	0,132	-9089,1	1910,5	-4,76	10^{-4}	-0,253



$$R=0,771; R^2=0,594; \chi^2_{(5)}=43; p<10^{-6}; \Lambda \text{ Прайм}=0,406$$

Рис. 3.24. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і поширеністю ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

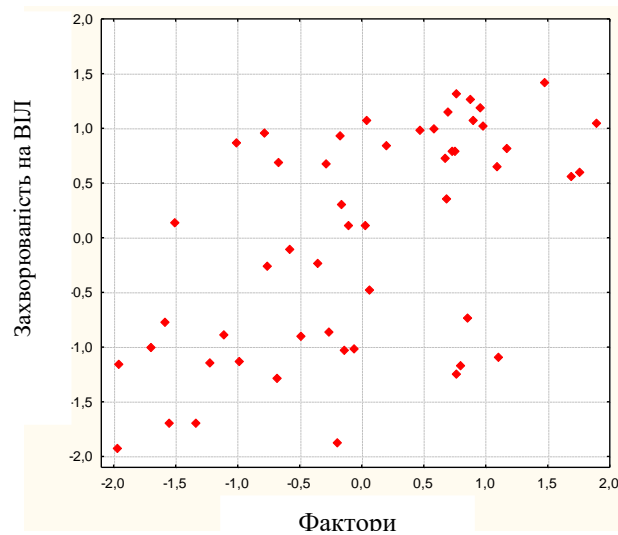
Захворюваність на ВІЛ/СНІД детермінується врахованими факторами лише на 27 % (табл. 3.20 і рис. 3.25). При цьому максимальною мірою її зменшує знову рівень безробіття, а збільшує – народжуваність.

Таблиця 3.20.

Підсумок регресії для залежної змінної: захворюваність на ВІЛ ($R=0,583$; $R^2=0,340$; скореговане $R^2=0,268$; $F_{(5,5)}=4,7$; $p=0,0014$; стандартна похибка оцінки: 20,8)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	$t_{(46)}$	р-рівень	
Перемінні		Перехопл.	632,9	195,9	3,23	0,002	r
Безробіття	-0,582	0,154	-959,7	254,7	-3,77	0,001	-0,364
Вік 15-64	-0,755	0,258	-0,973	0,332	-2,93	0,005	-0,128
Рівень народжуваності	-0,349	0,209	-2,278	1,366	-1,67	0,102	0,272
Рік 2006+	0,797	0,229	5,120	1,472	3,48	0,001	0,133
Міграція	0,240	0,127	5,977	3,159	1,89	0,065	0,084

Натомість смертність від ВІЛ/СНІД детермінується шістьма факторами із семи врахованих і максимальною мірою - на 60 % (табл. 3.21 і рис. 3.26).



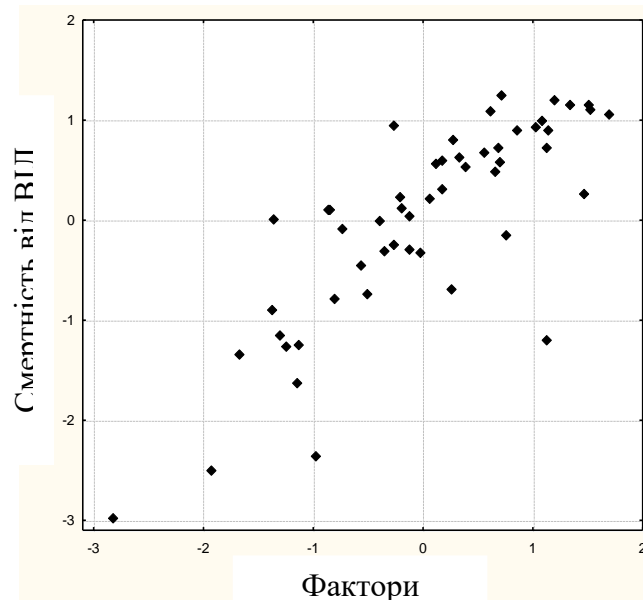
$$R=0,583; R^2=0,340; \chi^2_{(5)}=19,7; p=0,0014; \Lambda \text{ Прайм}=0,660$$

Рис. 3.25. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і захворюваністю на ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

Таблиця 3.21

Резюме регресії для залежної змінної: смертність від ВІЛ ($R=0,806$; $R^2=0,650$; скореговане $R^2=0,604$; $F_{(6,5)}=13,9$; $p<10^{-6}$; стандартна похибка оцінки: 2,8)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	$t_{(46)}$	р-рівень	
Перемінні		Перехопл.	31,69	25,67	1,23	0,223	r
Рік 2006+	0,514	0,100	0,602	0,118	5,12	10^{-5}	0,461
Урбанізація	0,269	0,117	0,395	0,172	2,30	0,026	0,450
Зміни чисельності популяції	0,660	0,295	2,145	0,959	2,24	0,030	0,276
Рівень народжуваності	-0,650	0,292	-0,774	0,348	-2,23	0,031	0,124
Міграція	0,192	0,102	0,874	0,465	1,88	0,067	0,055
Безробіття	-0,441	0,122	-132,56	36,71	-3,61	0,001	-0,407



$$R=0,806; R^2=0,650; \chi^2_{(6)}=49; p<10^{-6}; \Lambda \text{ Прайм}=0,350$$

Рис. 3.26. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і смертністю від ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

Смертність інверсно пов'язана з рівнем безробіття, тоді як з іншими факторами - позитивно.

3.5.2. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес туберкульозу

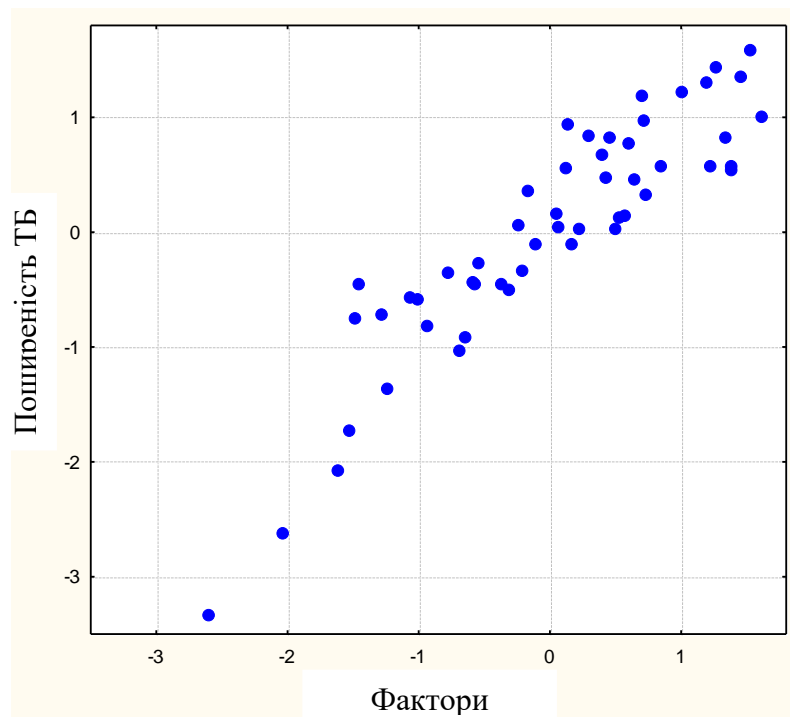
Поширеність туберкульозу, на відміну від такої стосовно ВІЛ/СНІД, як вже відзначалося, впродовж 2006-2018 рр. зменшувалась, що характеризується сильною інверсною кореляцією з роком реєстрації (табл. 3.16). Разом з тим, інверсна кореляція цього епідеміологічного показника виявлена з низкою демографічних факторів, констеляція яких детермінує поширеність туберкульозу на 81 % (табл. 3.22 і рис. 3.27).

Таблиця 3.22.

Підсумок регресії для залежної змінної: Поширеність ТБ ($R=0,909$; $R^2=0,826$; скореговане $R^2=0,807$; $F_{(5,5)}=44$; $p<10^{-6}$; стандартна похибка оцінки: 27)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	t₍₄₆₎	р-рівень	
Перемінні		Перехопл.	748,8	299,8	2,50	0,016	r
Рік 2006+	-1,010	0,101	-16,729	1,680	-9,96	10^{-6}	-0,789
Урбанізація	-0,419	0,065	-8,687	1,342	-6,48	10^{-6}	-0,454
Вік 15-64	0,341	0,117	1,132	0,387	2,92	0,005	-0,395
Зміни чисельності популяції	0,540	0,200	24,802	9,200	2,70	0,010	-0,084
Рівень народжуваності	-0,398	0,205	-6,699	3,452	-1,94	0,058	-0,049

Захворюваність на туберкульоз корелює посередньо негативно з рівнем урбанізації, натомість позитивно - з рівнем міграції, які разом з включеними у регресивну модель безробіттям і роком реєстрації детермінують цей епідеміологічний показник лише на 47 % (табл. 3.23 і рис. 3.28).



$$R=0,909; R^2=0,826; \chi^2_{(5)}=83; p<10^{-6}; \Lambda \text{ Прайм}=0,174$$

Рис. 3.27. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і поширеністю туберкульозу в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

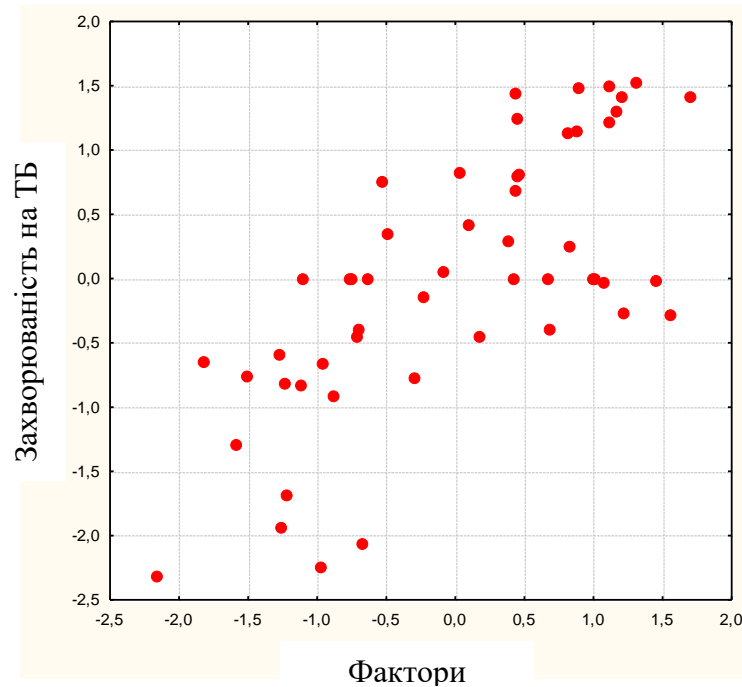
Таблиця 3.23.

**Підсумок регресії залежної змінної: захворюваність на туберкульоз
($R=0,714$; $R^2=0,510$; скореговане $R^2=0,468$; $F_{(4,5)}=12,2$; $p<10^{-6}$; стандартна
похибка оцінки: 4,97)**

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	$t_{(47)}$	р-рівень	
1	2	3	4	5	6	7	8
Перемінні		Перехопл.	131,58	20,53	6,41	10^{-6}	r
Урбанізація	-0,559	0,122	-1,263	0,276	-4,57	10^{-4}	-0,508

Продовження таблиці 3.23.

1	2	3	4	5	6	7	8
Безробіття	-0,373	0,115	-172,71	53,37	-3,24	0,002	-0,062
Міграція	0,261	0,113	1,827	0,791	2,31	0,025	0,469
Рік 2006+	0,369	0,109	0,666	0,197	3,38	0,001	0,216



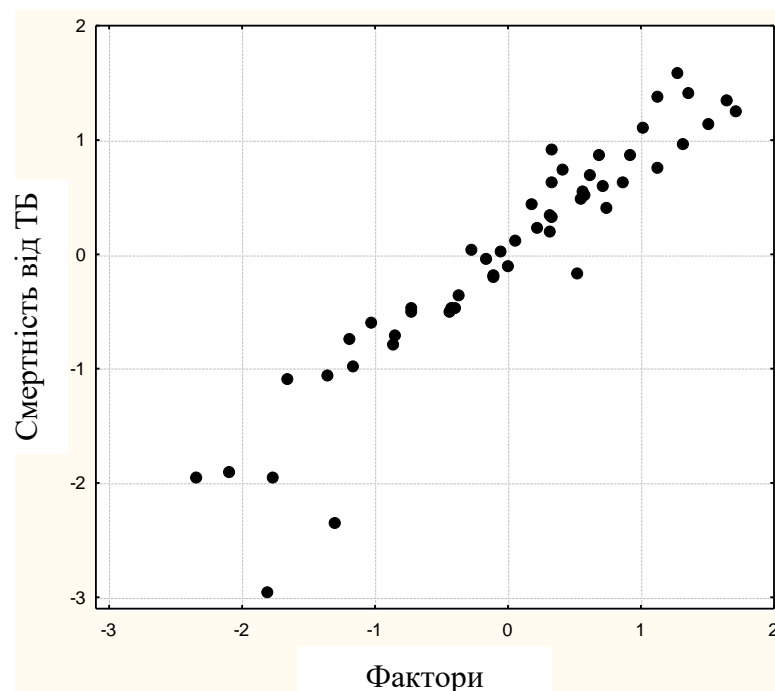
$$R=0,714; R^2=0,510; \chi^2_{(4)}=34; p=10^{-6}; \Lambda \text{ Прайм}=0,490$$

Рис. 3.28. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і захворюваністю на туберкульоз в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

Найбільшою мірою підлеглою врахованим демографічним факторам виявилась смертність від туберкульозу – на 88 % (табл. 3.24 і рис. 3.29). При цьому сприятливо впливають на смертність урбанізація і безробіття, а несприятливо – міграція населення.

Підсумок регресії для залежної змінної: смертність від ТБ ($R=0,943$; $R^2=0,889$; скореговане $R^2=0,877$; $F_{(5,5)}=74$; $p<10^{-6}$; стандартна похибка оцінки: 2,4)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	$t_{(46)}$	р-рівень	
Перемінні		Перехопл.	79,07	10,63	7,44	10^{-6}	r
Рік 2006+	-0,744	0,055	-1,383	0,103	-13,4	10^{-6}	-0,852
Урбанізація	-0,311	0,062	-0,725	0,144	-5,04	10^{-5}	-0,378
Безробіття	-0,247	0,068	-118,0	32,40	-3,64	10^{-3}	-0,265
Зміни чисельності популяції	-0,146	0,061	-0,753	0,314	-2,39	0,021	-0,119
Міграція	0,183	0,056	1,323	0,403	3,28	0,002	0,301



$R=0,943$; $R^2=0,889$; $\chi^2_{(5)}=105$; $p<10^{-6}$; Λ Прайм=0,111

Рис. 3.29. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і смертністю від туберкульозу в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

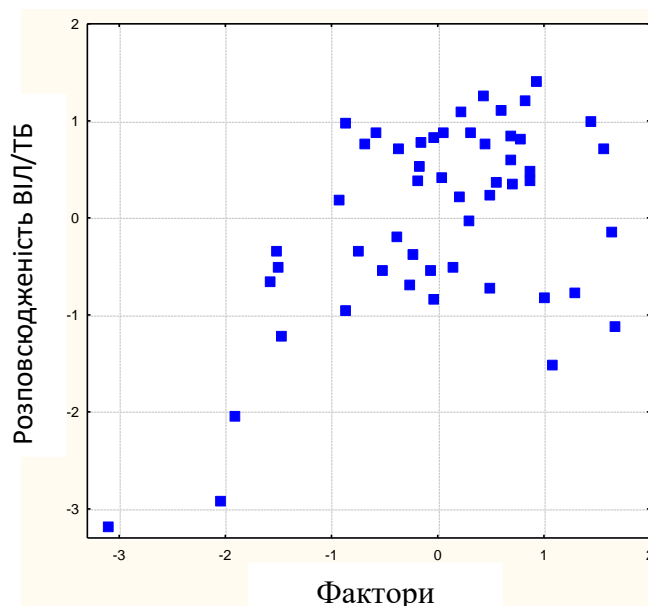
3.5.3. Вплив демографічних факторів на епідемічний процес коморбідності ВІЛ/ТБ

Поєднана патологія виявилася дуже незначною мірою, хоч і статистично значуще, детермінованою демографічними факторами. Це стосується як поширеності (табл. 3.25 і рис. 3.30), так і захворюваності (табл. 3.26 і рис. 3.31) на ВІЛ/туберкульоз.

Таблиця 3.25.

Підсумок регресії для залежної змінної: поширеність ТБ / ВІЛ ($R=0,519$; $R^2=0,269$; скореговане $R^2=0,224$; $F_{(3,5)}=5,9$; $p=0,0016$; стандартна похибка оцінки: 10,4)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	t(48)	p-рівень	
Перемінні		Перехопл.	42,31	8,69	4,87	10^{-5}	r
Рік 2006+	0,430	0,128	1,341	0,400	3,35	0,002	0,321
Міграція	0,162	0,124	1,962	1,497	1,31	0,196	0,135
Безробіття	-0,404	0,129	-322,9	103,1	-3,13	0,003	-0,271

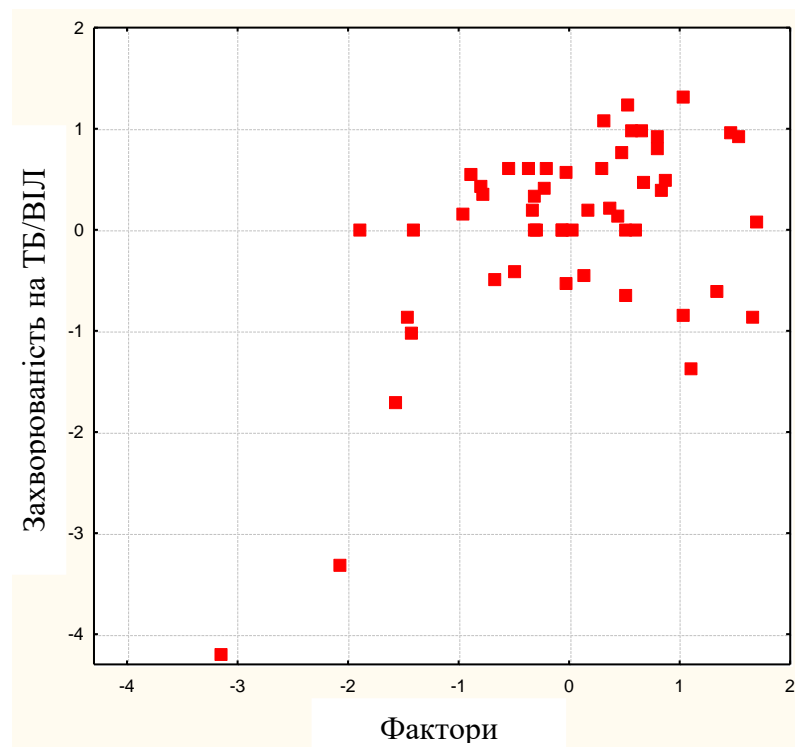


$$R=0,519; R^2=0,269; \chi^2_{(3)}=15,2; p=0,0016; \Lambda \text{ Прайм}=0,731$$

Рис. 3.30. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і поширеністю ТБ/ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

**Підсумок регресії для залежної змінної: захворюваність на ТБ/ВІЛ ($R=0,545$;
 $R^2=0,297$; скореговане $R^2=0,254$; $F_{(3,5)}=6,8$; $p=0,0007$; стандартна похибка
оцінки: 7,7)**

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	t(48)	p- рівень	
Перемінні		Перехопл.	28,29	6,42	4,41	10^{-4}	r
Рік 2006+	0,463	0,126	1,086	0,296	3,67	0,001	0,354
Міграція	0,187	0,121	1,700	1,105	1,54	0,131	0,160
Безробіття	-0,402	0,126	-242,4	76,1	-3,18	0,003	-0,258



$R=0,545$; $R^2=0,297$; $\chi^2_{(3)}=17,1$; $p=0,0007$; Λ Prime=0,703

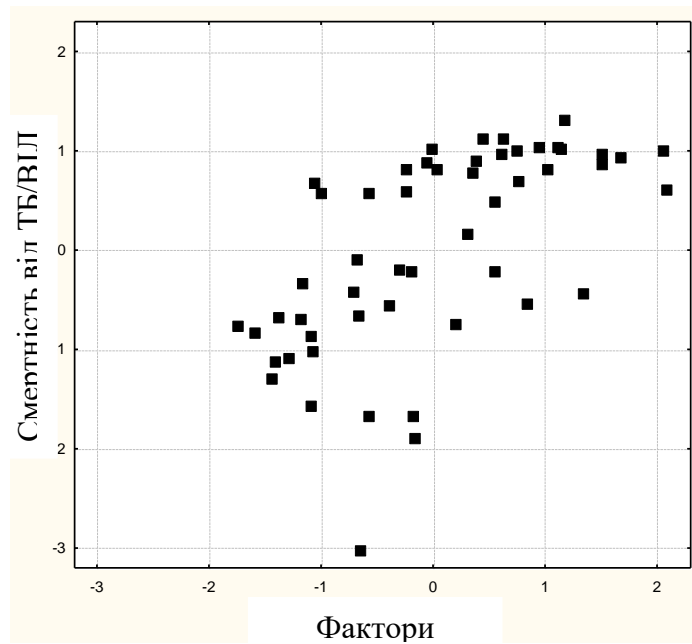
Рис. 3.31. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і коморбідністю ТБ/ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

Дещо відчутніше впливають демографічні фактори на смертність від коморбідності (табл. 3.27 і рис. 3.32). При цьому сприятливо – доля осіб віком 15-64 років і безробіття, натомість несприятливо – урбанізація.

Таблиця 3.27.

Підсумок регресії для залежної змінної: смертність від ТБ/ВІЛ ($R=0,618$; $R^2=0,383$; скореговане $R^2=0,301$; $F_{(6,5)}=4,7$; $p=0,0009$; стандартна похибка оцінки: 4,2)

	Бета	Ст. похибка	В	Ст. похибка	t(45)	p-рівень	
Перемінні		Перехопл.	74,01	35,36	2,09	0,042	r
Вік 15-64	-0,873	0,262	-0,231	0,069	-3,33	0,002	-0,385
Безробіття	-0,385	0,188	-130,4	63,68	-2,05	0,046	-0,342
Рік 2006+	0,487	0,254	0,642	0,334	1,92	0,061	-0,198
Міграція	0,202	0,137	1,035	0,699	1,48	0,146	-0,093
Урбанізація	0,314	0,149	0,519	0,247	2,10	0,041	0,349
Зміни чисельності популяції	-0,413	0,232	-1,511	0,847	-1,78	0,081	0,192



$$R=0,619; R^2=0,383; \chi^2_{(6)}=22,7; p=0,0009; \Lambda \text{ Прайм}=0,617$$

Рис. 3.32. Канонічна кореляція між демографічними факторами (вісь X) і смертністю від ТБ/ВІЛ в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і Україні (вісь Y) за період 2006-2018 рр.

3.5.4. Прогноз зміни показників захворювання на ВІЛ-інфекцію

У 2006 р. поширеність ВІЛ/СНІД в Херсонській області була на 19,0 % меншою, ніж пересічна в Україні, у 2007 р. – на 9,0 %, у 2008 р. практично зрівнялась з нею, а надалі зростала швидше, ніж середньоукраїнська, так що у 2017 р. перевищувала останню на 27,0 % (табл. 3.28).

Таблиця 3.28.

Прогноз поширеності захворювання на ВІЛ-інфекцію

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
1	2	3	4	5
2006	368,2	330,1	125	154,3
2007	414,2	378,9	159,7	176,2

<i>Продовження таблиці 3.28.</i>				
1	2	3	4	5
2008	454	434,3	191,8	198,6
2009	470,7	483,6	223,7	220,9
2010	521,3	519,2	251,9	242
2011	559,6	557,7	285,8	264,3
2012	609,8	579	300,2	283,4
2013	687,6	612,1	333,2	308,4
2014	758,7	650,7	358,8	322,5
2015	821,5	676,2	378,8	297,2
2016	830,2	728,4	399,3	313,3
2017	885,4	769,6	423,3	333,3
2018	920,6	826,7	443,5	336,5
2019	942,5	892,7	463,8	331,2
2020	951,4	970,7	483,9	328,3
2021	945,3	1062,4	503,8	322,8
2022	922,2	1169,7	523,6	314,4

Регресійна модель дає підстави передбачити подальший ріст поширеності ВІЛ/СНІД в Херсонській області на тлі її стабілізації в масштабі України, так що у 2022 р. вона перевищуватиме середньоукраїнську на 67 % (рис. 3.33).

В Одеській області поширеність ВІЛ/СНІД вже у 2006 р. перевищувала середньоукраїнську на 139,0 %, а надалі зростала швидше, ніж по Україні, так що у 2017 р. перевищувала останню на 166,0 %. Екстраполяція за регресійною моделлю свідчить про стабілізацію процесу, так що у 2022 р. поширеність ВІЛ/СНІД перевищуватиме таку по Україні на 193,0 %.

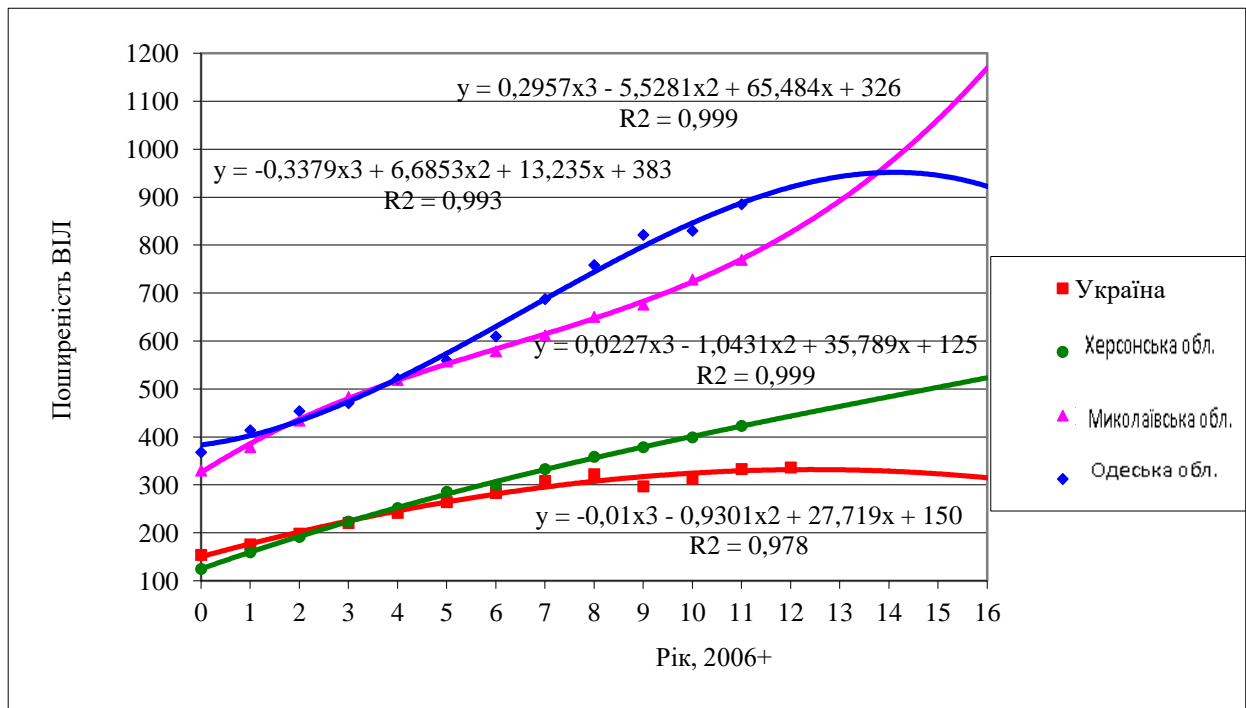


Рис. 3.33. Аналіз поширеності захворювання на ВІЛ/СНІД та її прогноз.

У Миколаївській області впродовж 2006-2012 рр. ситуація була приблизно такою ж, як і в Одеській, а впродовж 2013-2018 рр. дещо кращою. Регресійна модель передбачає стрімкий ріст поширеності захворювання на ВІЛ/СНІД, так що у 2020 р. вона зрівняється з такою в Одеській обл., а в 2022 р. сягне піку, перевищивши середньоукраїнську на 272,0 %.

У 2006 р. захворюваність на ВІЛ/СНІД в Херсонській області була на 28,0 % вищою, ніж пересічна в Україні (табл. 3.29).

Впродовж 2007-2018 рр. її динаміка майже повторювала середньоукраїнську (рис. 3.34).

Це стосується також і кривої регресії, так що у 2022 р. захворюваність передбачається на рівні 124,0 % пересічної в Україні.

В Одеській області захворюваність на ВІЛ/СНІД у 2006 р. перевищувала середньоукраїнську на 78,0 %, а надалі зростала швидше, ніж по Україні, сягнувши у 2013 р. піку (241,0 % від середньої по Україні). Але потім захворюваність стабілізувалась, а регресійна модель свідчить про реверсію

динаміки, так що у 2022 р. захворюваність на ВІЛ/СНІД знизиться до рівня 123,0 % пересічної в Україні.

Таблиця 3.29.

Захворюваність на ВІЛ/СНІД та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
2006	61,3	86,3	44,1	34,4
2007	71,2	96,6	49,4	38
2008	65,2	98,5	53	40,9
2009	65,9	94,8	54	43,2
2010	90	92,8	51,1	44,7
2011	87,1	95,6	65,8	46,2
2012	96,2	96	52,2	45,5
2013	114,8	92,5	51,9	47,6
2014	109,4	93,1	49,6	44,8
2015	99,5	74,3	48,9	37
2016	90,3	89,3	55	40
2017	113,5	80	59,9	42,8
2018	109,2	74,9	48,4	42,8
2019	100,8	73,9	55,7	44,0
2020	94,0	72,2	59,5	47,2
2021	84,5	71,2	65,0	52,0
2022	72,1	71,3	72,3	58,5

Цікаво, що аналогічний рівень захворюваності (122,0 % пересічної в Україні) прогнозується у 2022 р. і для Миколаївської обл., яка впродовж 2006-2008 рр. знаходилась в діапазоні 254-241,0 %, 2009-2014 рр. – 219-194,0 % від середньоукраїнської, після чого розпочався спад.

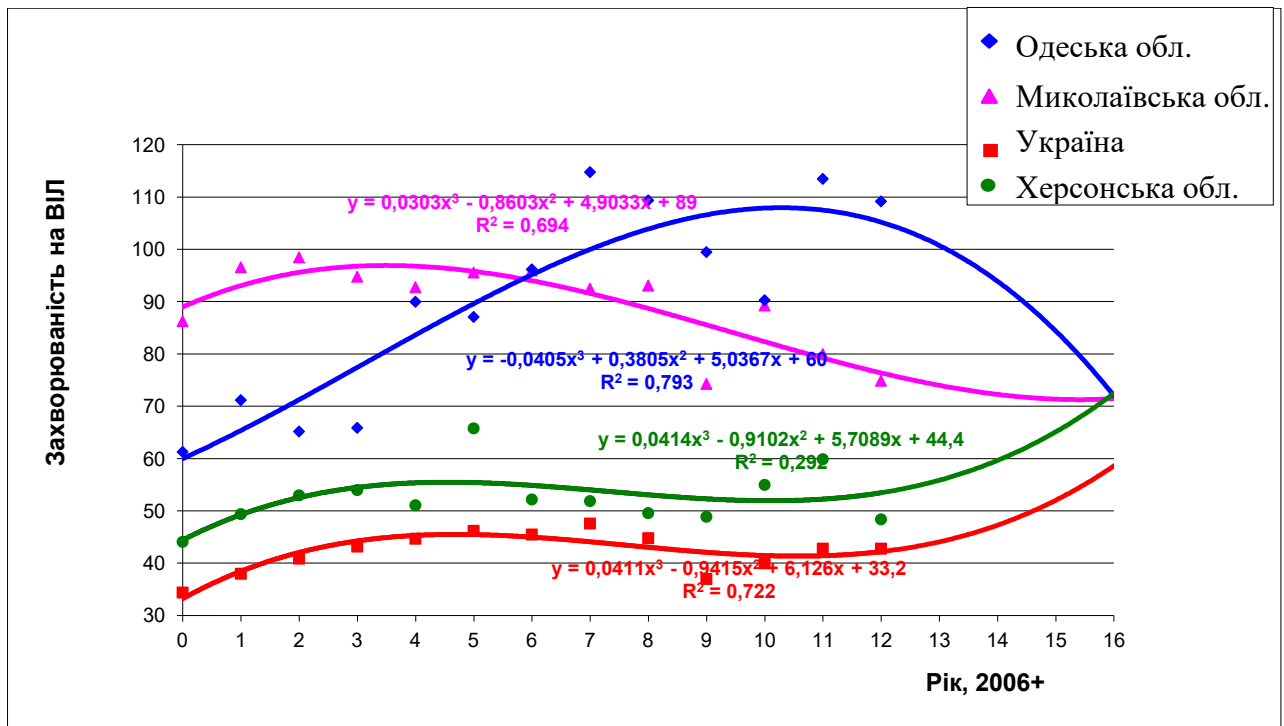


Рис. 3.34. Аналіз захворюваності на ВІЛ/СНІД та її прогноз.

Впродовж 2006-2015 рр. смертність від ВІЛ/СНІД в Херсонській області була нижчою, ніж середньоукраїнська, і практично стабільною (табл. 3.30 і рис. 3.35).

Таблиця 3.30.

Смертність від ВІЛ/СНІД та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
1	2	3	4	5
2006	6	8,8	4,2	5,2
2007	4,6	13,4	2,9	5,4
2008	4	5	3,1	5,8
2009	5,7	4,1	3,5	5,6
2010	9,2	5	3,8	6,8

<i>Продовження таблиці 3.30.</i>				
1	2	3	4	5
2011	18,5	9,4	4,2	8,2
2012	13,2	9,5	2,7	8,5
2013	12,1	10,1	3,4	7,7
2014	15,3	11,2	3,1	8
2015	13,6	9,6	3,3	7,1
2016	14	11,4	7	7,6
2017	19,1	11,6	7,2	7,7
2018	21,2	13,7	5,5	8,1
2019	21,7	16,0	7,7	7,6
2020	23,9	19,8	8,8	7,4
2021	26,4	25,7	9,9	7,1
2022	29,3	34,4	11,2	6,9

Проте в 2016 р. вона стрибкоподібно зросла до середньоукраїнської і надалі застабілізувалась на новому рівні. Регресійна модель передбачає подальший ріст смертності, яка у 2022 р. перевищить середній рівень по Україні на 62,0 %.

В Одеській області за аналогічної до Херсонської області стартової позиції смертність від ВІЛ/СНІД хвилеподібно зростала, сягнувши у 2018 р. 262,0 % середньоукраїнської, і продовжуватиме зростати, згідно регресійної моделі, до 425,0 % середньої по Україні.

Така ж перспектива і для Миколаївської області попри, здавалося б, менші темпи росту за період спостереження.

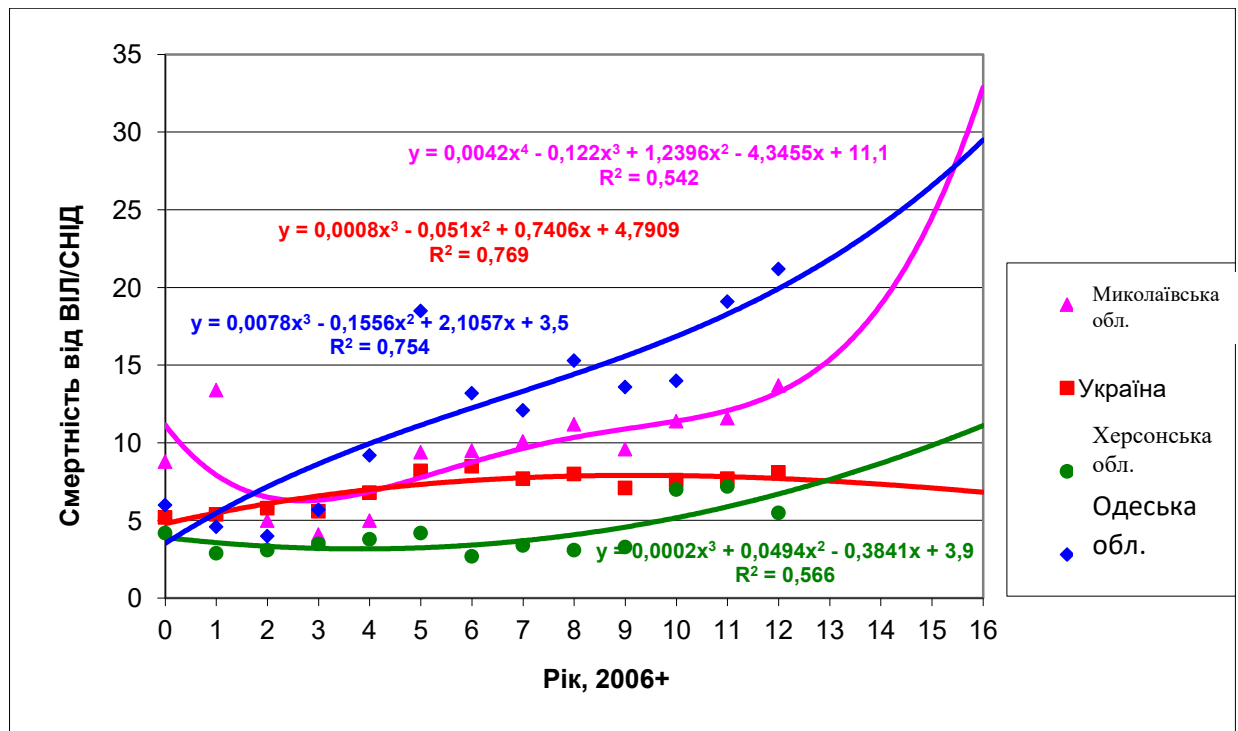


Рис. 3.35. Аналіз смертності від ВІЛ/СНІД та її прогноз.

3.5.5. Прогноз зміни показників захворювання на туберкульоз

У 2006 р. поширеність туберкульозу в Херсонській області була на 75,0 % більшою, ніж пересічна в Україні, але надалі щороку зменшувалася, сягнувши у 2017 р. 140,0 % середньоукраїнської (табл. 3.31). Регресійна модель (рис. 3.36) дає підстави передбачити, що у 2020 р. вона практично зрівняється з пересічною в Україні, а в наступні два роки, попри виходу на плато, на тлі її росту в масштабі України буде меншою на 14,0 % і 29,0 % відповідно.

Таблиця 3.31.

Поширеність захворювання на туберкульоз та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
1	2	3	4	5
2006	210,0	194,0	371,6	212,3

<i>Продовження таблиці 3.31.</i>				
1	2	3	4	5
2007	201,7	186,9	327,6	200,6
2008	229,6	193,7	293,7	192,1
2009	222,7	196,7	272,1	182,7
2010	186,7	172,3	250,4	171,8
2011	161,3	163,5	216,6	155,1
2012	162,7	163,6	194,0	135,9
2013	113,2	130,1	143,6	104,9
2014	117,7	130,0	131,2	90,2
2015	136,7	132,3	124,1	84,7
2016	157,5	130,3	115	82,1
2017	156,1	115,0	107,3	76,6
2018	144,8	103,6	91,5	67,6
2019	149,2	93,8	84,9	70,0
2020	155,5	83,8	80,9	78,1
2021	163,6	73,5	79,4	92,5
2022	173,6	63,0	80,6	113,9

В Одеській області впродовж 2006-2011 рр. поширеність туберкульозу і його динаміка теж були близькі до таких в Україні, проте надалі, крива регресії переходила у фазу плато, так що поширеність перевищувала середньоукраїнську на 20-59,0 %. Екстраполяція за регресійною моделлю дає невтішний прогноз: у 2018-2020 рр. поширеність туберкульозу перевищуватиме таку по Україні на 114-99, 0 %, у 2021 р. на 77, 0 %, у 2022 р. на 52,0 %.

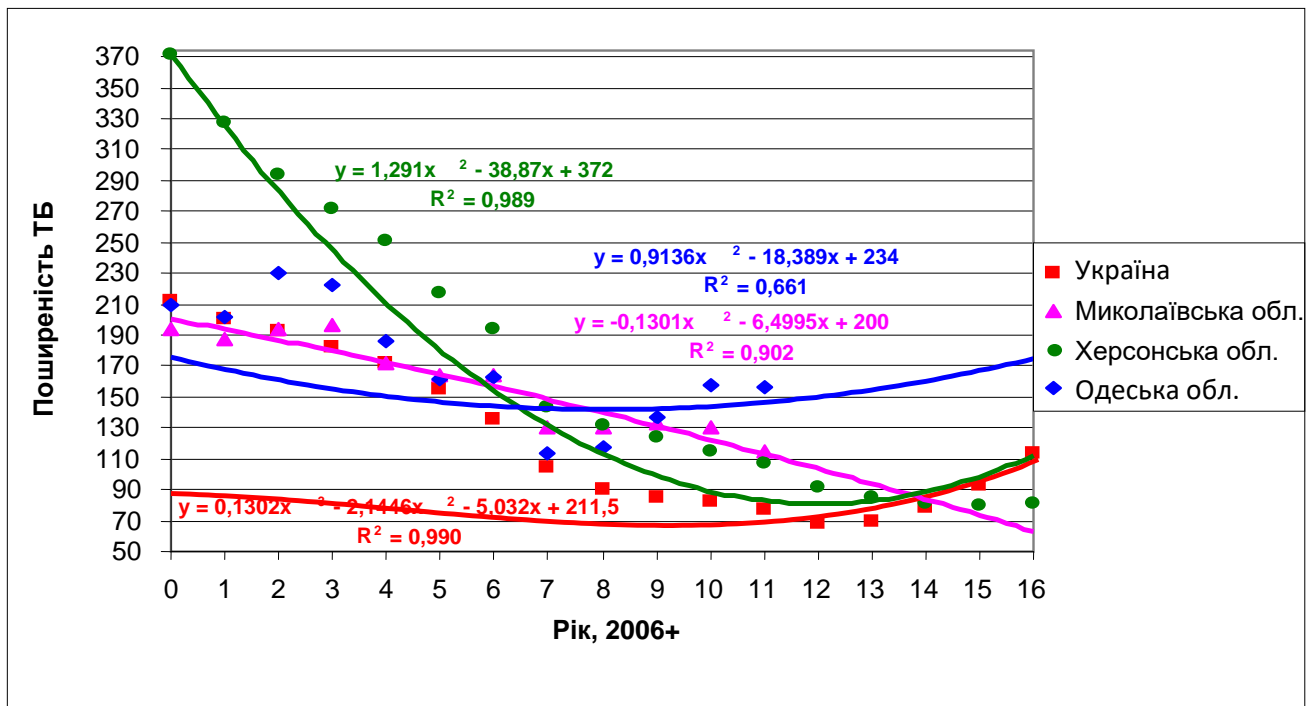


Рис. 3.36. Регресійна модель прогнозування поширеності туберкульозу.

В Миколаївській області, на відміну від Одеської, тренд зниження поширеності зберігався. Згідно регресійної моделі, вона перевищуватиме середньоукраїнську в 2018 р. на 53 %, в 2019 р. на 34 %, в 2020 р. практично зрівняється з нею (+7 %), а надалі буде меншою від середньої по Україні на 21 % і 45 % в 2021 і 2022 рр. відповідно.

Захворюваність на туберкульоз впродовж 2006-2018 рр. була квазістабільною як по Україні, так і в Миколаївській і Херсонській областях (табл. 3.32). При цьому в першій вона знаходилась в діапазоні 112-135,0 %, а в другій - в діапазоні 131-164,0 % від середньоукраїнської. Регресійна модель передбачає, що впродовж 2019-2022 рр. захворюваність по Україні незначно, але стійко зменшуватиметься, натомість в згаданих областях зростатиме: в Миколаївській області до 134-147,0 %, в Херсонській області до 160-181,0 % від середньоукраїнської (рис. 3.37). В Одеській області впродовж 2006-2010 рр. захворюваність на туберкульоз була нижчою, ніж в інших двох, в 2011-2012 рр. піднялась до їх рівнів, проте надалі стрибкоподібно зростала до 157-186,0 % від

середньоукраїнської. Прогноз вельми тривожний, проте регресійна модель не зовсім надійна з огляду на пробіли у статистиці за 2015-2016 рр.

Смертність від туберкульозу і її динаміка в Миколаївській області близькі до таких в Україні. Вельми сприятливий також прогноз смертності (табл. 3.33 і рис. 3.38).

Таблиця 3.32.

Захворюваність на туберкульоз та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
2006	36,4	39,3	44,7	30,4
2007	34,1	41,0	50,6	31,5
2008	36,9	39,4	44,8	31,6
2009	33,7	41,1	44,4	29,7
2010	33,6	29,7	42,2	28,9
2011	40,2	37,5	41,9	29,1
2012	43,7	34,6	43,2	30,8
2013	53,1	42,2	44,3	33,8
2014	54,4	41,9	45,4	31,0
2015	N/A	N/A	N/A	N/A
2016	N/A	N/A	N/A	N/A
2017	52,3	37,2	47,9	29,2
2018	54,8	38,8	43,6	29,5
2019	66,5	39,3	47,0	29,3
2020	69,9	39,8	48,2	28,9
2021	73,4	40,5	49,5	28,5
2022	76,9	41,2	50,9	28,1

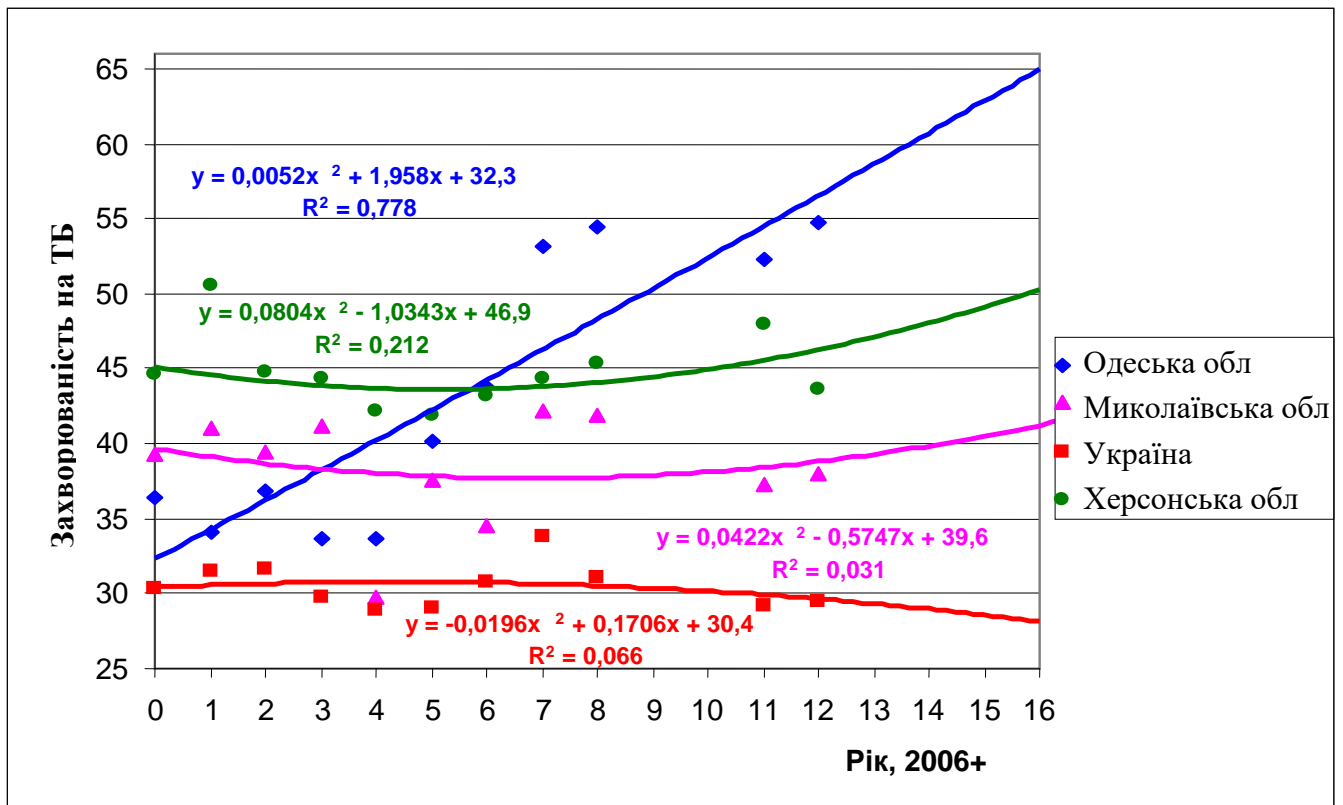


Рис. 3.37. Регресійна модель прогнозування захворюваності на туберкульоз.

Таблиця 3.33.

Смертність від туберкульозу та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
1	3	4	5	6
2006	38,0	24,3	31,1	24,8
2007	31	21,6	30,7	22,6
2008	33,8	21	25,1	22,4
2009	21	18,9	23	18,2
2010	20,8	17,3	20,8	16,6
2011	18,8	14,4	20,8	15,2
2012	17,8	13,1	20	15,1
2013	15,9	12,3	17,2	14,1
2014	11,1	11,4	16,1	12,2
2015	11,4	9,8	18,6	10,8
2016	13,3	7,9	14,7	9,5

Продовження таблиці 3.33.				
1	2	3	4	5
2017	13,1	7,7	12,7	8,8
2018	13,7	6,5	13,9	8,1
2019	15,2	5,6	13,7	7,5
2020	17,2	4,9	13,8	6,9
2021	19,7	4,2	14,0	6,4
2022	22,8	3,6	14,5	6,0

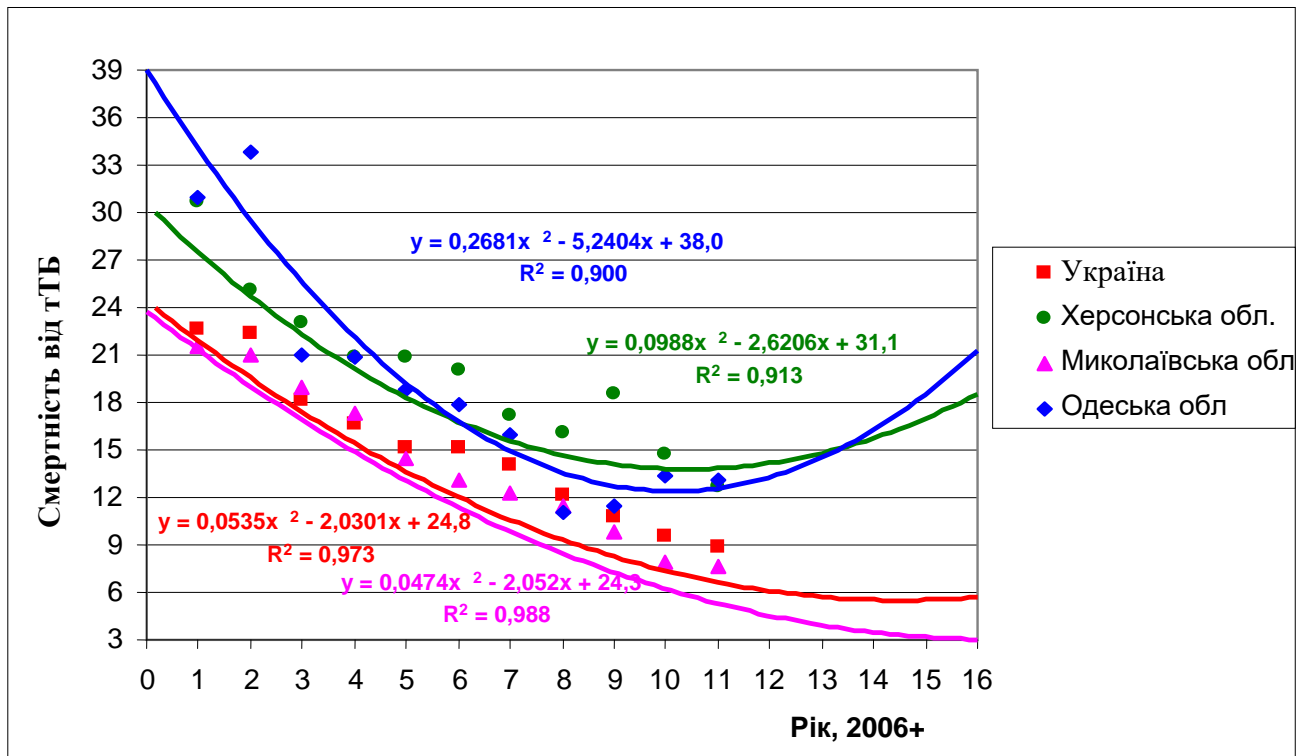


Рис. 3.38. Регресійна модель смертності від туберкульозу та її прогноз.

В Херсонській області смертність впродовж 2006-2017 рр. була постійно вищою, ніж середньоукраїнська, але теж проявляла регресивний тренд, сягнувши у 2017 р. 172,0 % останньої. Однак впродовж 2018-2022 рр. подальшого зниження смертності не очікується.

В Одеській області найвища для вибірки початкова смертність до 2014 р. стрімко знижувалась, знизившись до середньої по Україні. Проте надалі настала стагнація, а регресійна модель вказує на можливий поступовий ріст

смертності, особливо відчутний на позитивному тлі інших регіонів і України в цілому.

Виявлено чітку хронологію смертності як в ретроспективі, так і меншою мірою, в перспективі (рис. 3.39).

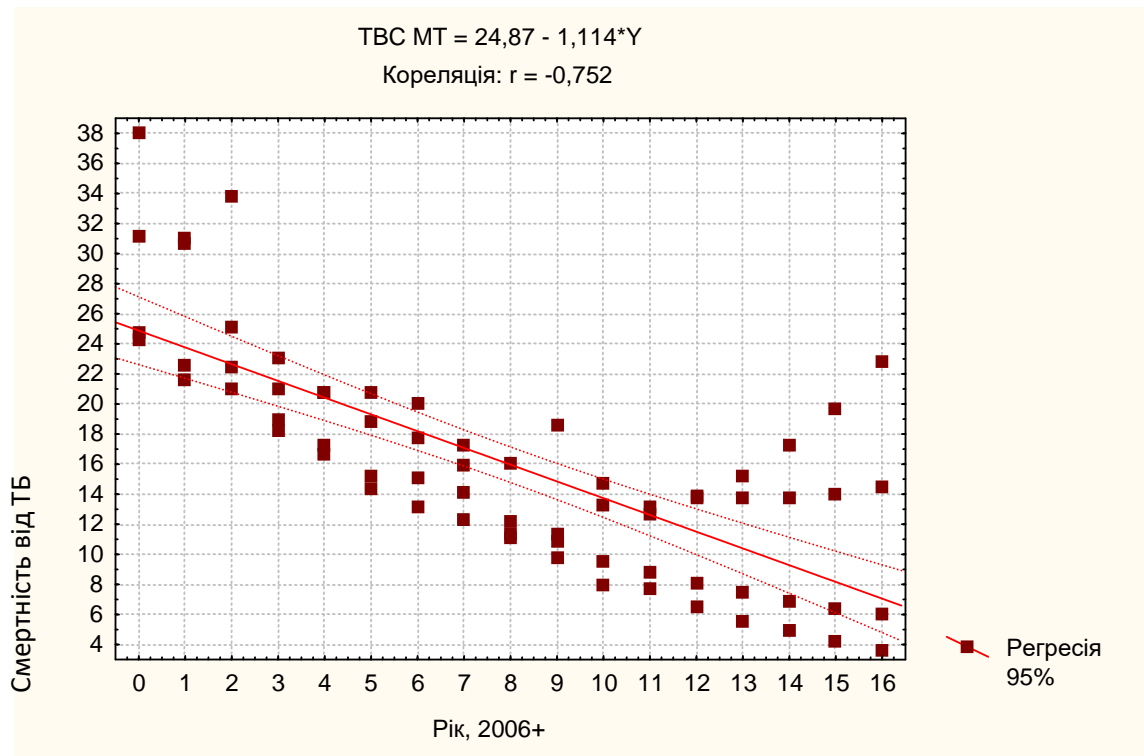


Рис. 3.39. Регресійна модель смертності від туберкульозу. Зв'язок між роком реєстрації/прогнозу і смертністю.

3.5.6. Прогноз зміни показників захворювання на коінфекцію ВІЛ/ТБ

У 2006 р. поширеність коморбідності ТБ/ВІЛ в Херсонській області була на 28,0 % більшою, ніж пересічна в Україні, а надалі зростала швидше, ніж середньоукраїнська, так що у 2012 р. перевищувала останню на 35,0 % (табл. 3.34). Фаза плато, що наступила у 2015 р., переходила у регресію, так що у 2017 р. поширеність перевищувала таку по Україні лише на 19,0 %. Регресійна модель дає підстави передбачити подальше падіння поширеності ТБ/ВІЛ в Херсонській області, крутіше такого в масштабі України, так що у 2022 р. вона буде нижчою від середньоукраїнської на 51,0 % (рис. 3.40).

В Миколаївській області початково максимальна для вибірки (317,0 % середньоукраїнської) поширеність продовжувала ріст, сягнувши піку (353,0 %) у 2008 р. з наступним зниженням і виходом на плато у 2013 р. і утриманням на ньому до 2017 р. Проте регресійна модель передбачає крутий ріст впродовж 2018-2022 рр.

Таблиця 3.34.

Поширеність коморбідності ТБ/ВІЛ та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
2006	20,5	26,3	10,6	8,3
2007	19,8	33,7	11,8	9,9
2008	22,6	42,4	14,8	12,0
2009	25,1	37,7	16,4	13,1
2010	26,9	34,2	19,0	15,1
2011	28,7	33,1	20,2	15,8
2012	30,6	34,5	22,2	16,4
2013	28,7	31,0	20,1	14,5
2014	32,3	30,5	22,0	14,5
2015	38,9	30,9	20,3	14,5
2016	48,4	32,8	17,7	15,0
2017	58,7	29,0	18,4	15,5
2018	61,8	35,8	15,7	13,3
2019	69,8	42,4	13,3	12,1
2020	78,5	52,0	10,5	10,7
2021	88,0	65,0	7,1	8,9
2022	98,2	81,9	3,4	7,0

В Одеській області поширеність ТБ/ВІЛ починаючи з 2008 р. зростала, так що у 2017 р. сягала 379,0 % середньоукраїнської. Екстраполяція за регресійною моделлю свідчить про прискорення росту, так що у 2022 р. поширеність ТБ/ВІЛ перевищуватиме таку по Україні в 14 разів.

Коморбідність ТБ/ВІЛ і її динаміка, а також прогноз в Херсонській області практично конгруентні з такими по Україні, але на дещо вищому рівні (табл. 3.35 і рис. 3.41).

В Миколаївській області коморбідність демонструвала двофазність, при цьому трирічна фаза росту переходила у пологішу і тривалішу фазу зниження до рівня 2006 р. Якщо вірити математичній моделі, слід очікувати повторного вельми крутого росту захворюваності.

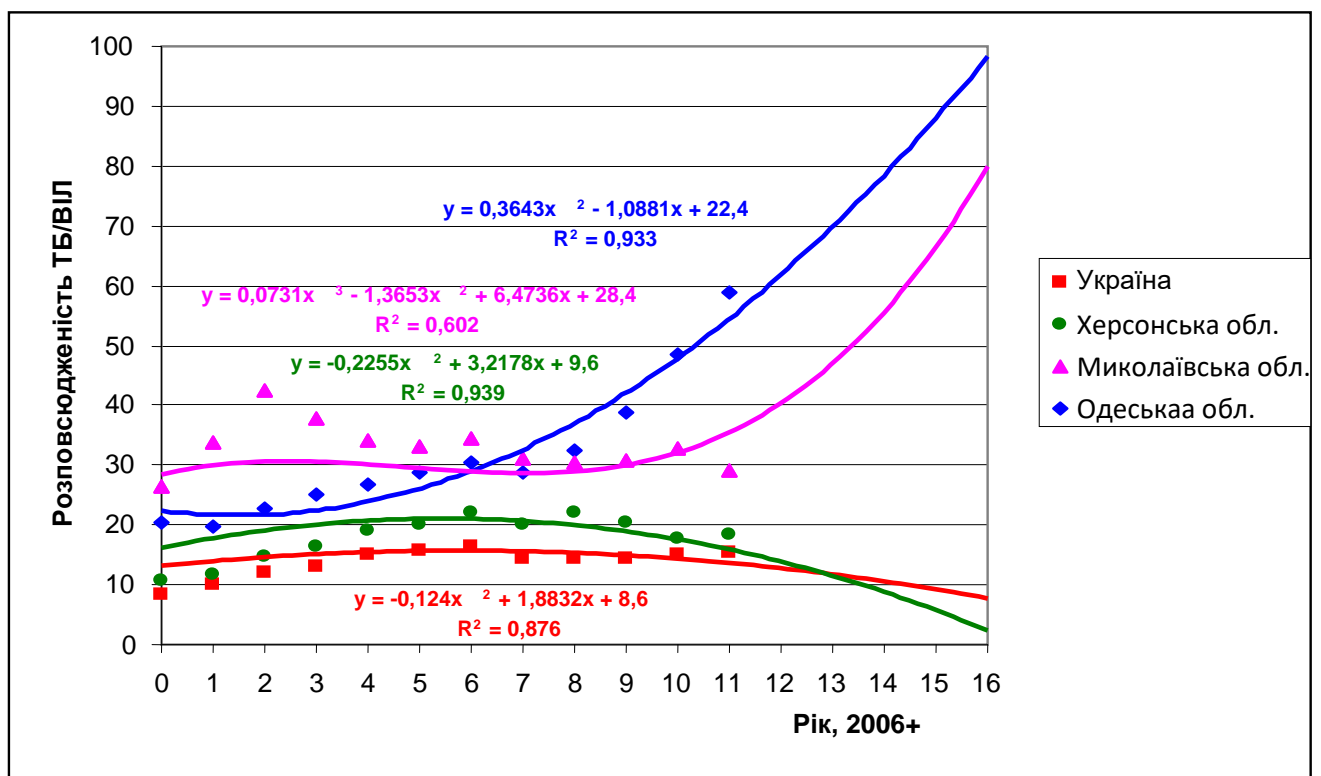


Рис. 3.40. Регресійна модель поширеності коморбідності ТБ/ВІЛ і її прогноз.

В Одеській області, де захворюваність на ТБ/ВІЛ починаючи з 2007 р. демонструвала ріст з прискоренням, в 2022 р. перевищить середню по Україні в 9,9 разів.

Таблиця 3.35.

Коморбідність ТБ/ВІЛ та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
2006	11,6	15,1	7,6	4,3
2007	10,7	21,1	7,1	5,0
2008	12,7	27,9	7,2	6,3
2009	13,9	23,4	7,7	7,4
2010	15,7	23,1	11,4	8,7
2011	20	21,4	12,4	9,1
2012	23,4	20,4	14,1	10,4
2013	24,7	19,4	12,1	10,5
2014	30,8	19,8	14,6	10,4
2015	N/A	N/A	N/A	N/A
2016	N/A	N/A	N/A	N/A
2017	44,9	14,0	12,9	10,5
2018	52,6	14,4	11,9	10,9
2019	58,7	16,9	11,7	10,3
2020	66,0	20,8	10,9	9,8
2021	73,8	26,7	9,8	9,1
2022	82,1	34,9	8,5	8,3

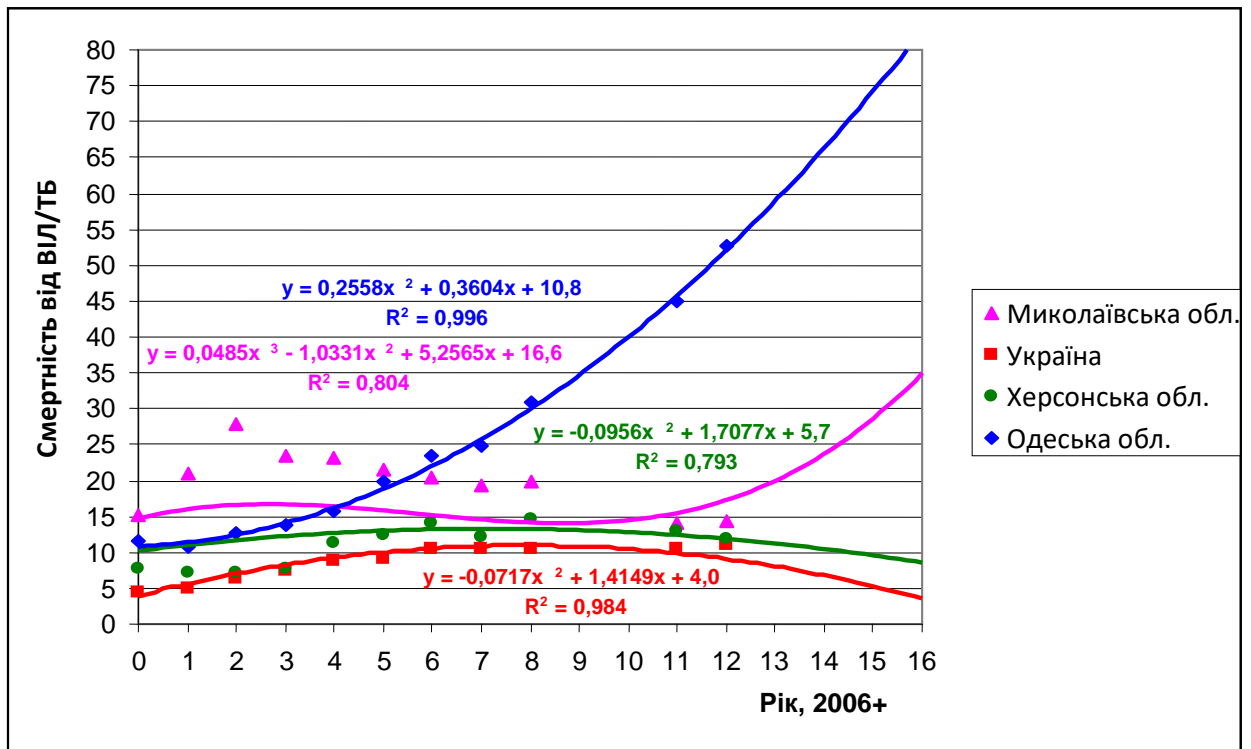


Рис. 3.41. Регресійна модель прогнозування коморбідності ТБ/ВІЛ і її прогноз.

Впродовж 2006-2017 рр. динаміка смертності від ТБ/ВІЛ в Херсонській області була майже аналогічною з такою в Україні, проте регресійна модель передбачає в майбутньому незначний ріст смертності, тим більш відчутний на тлі позитивної тенденції для України (табл. 3.36 і рис. 3.42).

Таблиця 3.36.

Смертність від коморбідності ТБ/ВІЛ та її прогноз

Рік	Одеська область	Миколаївська область	Херсонська область	Україна
1	2	3	4	5
2006	10,6	17,2	2,5	3,4
2007	12,3	17,2	4,0	3,9
2008	13,0	23,9	3,8	4,9
2009	11,7	18,3	4,3	5,5
2010	12,4	16,7	4,9	6

Продовження таблиці 3.36.				
1	2	3	4	5
2011	14	14,5	6,5	6,1
2012	14,3	15,3	5,1	6,1
2013	13,2	12,7	4,9	5,6
2014	12,2	11,0	3,8	4,6
2015	12,6	9,4	4,2	4,5
2016	11,6	9,9	5,9	4,2
2017	11,1	8,1	4,0	3,9
2018	10,00	10,0	4,65	3,42
2019	8,87	12,4	4,97	3,18
2020	7,59	16,3	5,51	3,09
2021	6,14	21,9	6,34	3,19
2022	4,54	29,4	7,48	3,54

В Одеській області смертність була значно вищою, а динаміка її - конгруентною до такої в Україні, при цьому дещо крутіший спад з 2015 р. дає підстави для оптимістичного прогнозу, що до 2022 р. рівень смертності сягне середнього по Україні.

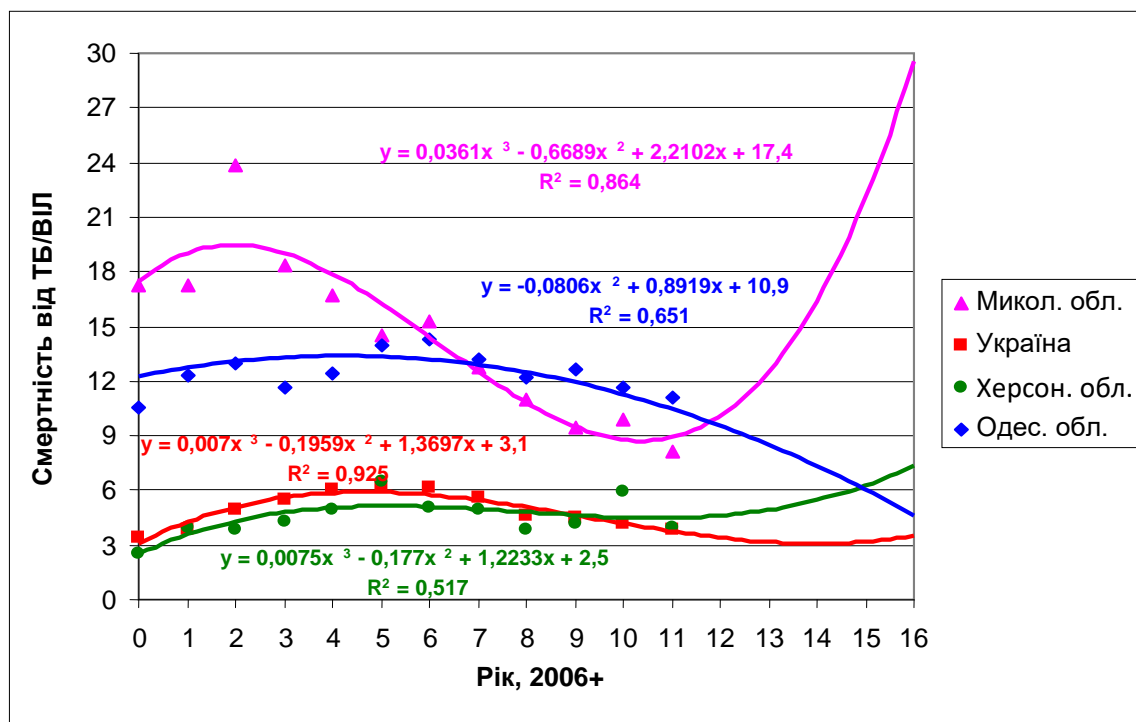


Рис. 3.42 - Регресійна модель смертності від ТБ/ВІЛ і її прогноз.

Натомість в Миколаївській області з початково максимальним для вибірки рівнем смертності її позитивний тренд після 2017 р., якщо вірити регресійній моделі, зазнає реверсії, причому крутішою, ніж спад.

Висновки до розділу 3

1. Аналіз особливостей епідемій СЗІЗ в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях засвідчив їх неоднозначність, але разом з тим, в цілому, несприятливі тенденції у короткостроковій (до 2022 року) перспективі.

2. Встановлено, що впродовж періоду спостереження мало місце стабільне перевищення рівнів захворюваності, поширеності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення регіонів дослідження в порівнянні з аналогічними даними по країні. Це дозволило визначити й підтвердити утримання виявлених тенденцій в наступні роки: рівнів захворюваності в Одеській області – 72,1, Миколаївській – 71,3, Херсонській – 72,3 при середньоукраїнському 58,5 на 100 тис. нас.; поширеності – відповідно 922,2, 1169,7, 523,6 та 314,4 5 на 100 тис. нас., смертності – відповідно 29,3, 34,4, 11,2 та 6,9 на 100 тис. нас.

3. Доведено, що особливості перебігу епідемії ВІЛ/СНІД обумовлюватимуть поступове зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Одеській і Миколаївській областях, але зростання поширеності й смертності у всіх трьох регіонах при зниженні відповідних показників по Україні.

4. Виявлено, що епідемія туберкульозу за період дослідження відрізнялася зростанням захворюваності на 30,3 % в Одеській області, зниженням на 30,4 % – в Миколаївській та на 23,7 % – в Херсонській області при вищих показниках захворюваності на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (відповідно 54,8, 38,8, 43,6 на 100 тис. нас.), ніж в середньому по Україні (29,5 на 100 тис. нас.).

5. Показано, що при збереженні закономірностей епідемічної ситуації слід очікувати зростання захворюваності на туберкульоз в Одеській області до 76,9 на 100 тис. нас., Миколаївській – до 41,2 на 100 тис. нас., Херсонській – до

50,9 на 100 тис. нас. при подальшому зменшенні показника по Україні до 28,1 на 100 тис. нас.

6. Засвідчено, що захворюваність на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей (відповідно 53,5, 19,2, 19,3 на 100 тис. нас.) значно перевищувала захворюваність по Україні (13,3 на 100 тис. нас.), як і поширеність цієї поєднаної патології (58,7, 29,0, 18,4 на 100 тис. нас. відповідного регіону, 15,5 на 100 тис. нас. по Україні). Значно відрізнялися від середньоукраїнських (3,9 на 100 тис. нас.) показники смертності в регіонах (відповідно 11,1, 8,1 та 4,0 на 100 тис. нас.), особливо в Одеській та Миколаївській областях.

7. Визначено прогностичні показники поширеності коінфекції туберкульоз/ВІЛ до 2022 р., які зростуть до 98,2 на 100 тис. нас. в Одеській та до 81,9 на 100 тис. нас. в Миколаївській областях, зменшаться до 3,4 на 100 тис. нас. в Херсонській та до 7,0 на 100 тис. нас. – по Україні. Смертність від коінфекції туберкульоз/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України досягатиме рівнів відповідно 4,54, 29,4, 7,48 та 3,54 на 100 тис. нас. та демонструватиме зниження показника лише в Одеській області.

8. Виявлено, що характерними для досліджуваних регіонів були низькі рівні зареєстрованої захворюваності на хронічні гепатити В і С, сифіліс і гонорею, що віддзеркалювало загалом перебіг відповідних епідпроцесів по Україні. Однак проведений попередній аналіз щодо частого поєднання цих хвороб з ВІЛ/СНІД підтвердив їх медико-соціальну актуальність в умовах подальшого розвитку епідемії базових (ВІЛ, туберкульоз) і коінфекцій, визначених результатами медико-статистичного аналізу для регіонів дослідження.

9. Показано, що за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, впродовж 2006-2018 рр. Одеська, Миколаївська, Херсонська області займали відповідно 1, 3 та 7 рангові місця, від туберкульозу – 1, 2, 5, за рівнем поширеності вірусних гепатитів В та С впродовж 2006-2017 рр. – 1, 2, 11, а ІПСШ – 4, 6, 17, що засвідчило високу

напруженість епідемічної ситуації в цих регіонах. Таким чином, комплексна оцінка регіонів дослідження є високою та в ряді випадків - дуже високою.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 10–22. [87]
2. Талалаєв К. О. Прогнозно-аналітичні дослідження – сучасний інструмент математичного моделювання закономірностей процесів розповсюдження соціально небезпечних інфекційних захворювань в Причорноморському регіоні України. *Science of Europe*. 2019. Vol. 1, № 41. P. 27–29. [200]
3. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006–2018 рр.) / Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2019. № 3. С. 27–35. [201]
4. Statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in the Black Sea region of Ukraine / К. О. Talalaev, V. S. Houdyk, R. S. Vastyanov, A. V. Todorova. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 7. P. 805–820. [202]
5. Talalayev K. A., Kozishkurt E. V. Registration of acute viral hepatitis – an “Iceberg phenomenon”. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018. Vol. 8, № 5. P. 390–398. [204]
6. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з ВГВ та ВГС в Причорноморському регіоні України, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки / Талалаєв К. О., Вастьянов Р. С., Гойдик В. С., Руснак С. В. *Вісник морської медицини*. 2019. № 3. С. 13–21. [205]

РОЗДІЛ 4
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
В МИКОЛАЇВСЬКІЙ, ОДЕСЬКІЙ ТА ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ
У 2006-2016 РОКАХ

4.1. Організація профілактики та протидії соціально значущим інфекційним захворюванням програмно-цільовим методом на регіональному рівні

Як показано результатами теоретичного дослідження, особлива небезпека СЗІЗ для населення України полягає в епідемічному стрімкому характері їх перебігу, високих рівнях захворюваності, інвалідності та смертності, масштабності й значній тривалості епідемій, охопленні ними переважно молодого, працездатного населення та поєднанні кількох хвороб, що посилює їх негативні наслідки. Організація протидії епідеміям потребувала адекватного відгуку державних, галузевих, професійних, громадських інституцій. Саме тому організаційні засади діяльності, спрямованої на профілактику та зменшення поширеності епідемій СЗІЗ, знайшли своє врегулювання у законодавстві України.

Базовими регуляторними актами з організації протидії СЗІЗ є закони України, укази Президента, постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ України [168, 169, 178, 208, 209, 210].

Законодавство покладає обов'язок щодо захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та СЗІЗ на центральні органи виконавчої влади, МОЗ України, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я різних видів і етапів медичної допомоги, роботодавців та інші структури. При Кабінеті Міністрів України у 2007 році створено Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в якості консультативно-дорадчого органу. Метою реформи системи охорони

здоров'я Україні є покращення якості послуг та їхнє здешевлення, в тому числі і в сфері СЗІЗ [211, 212].

Організаційно-технічне керівництво діяльністю сфери охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, коінфекцію туберкульоз/ВІЛ та ВІЛ-інфікованим, вірусні гепатити В і С на галузевому рівні здійснювалося впродовж періоду дослідження ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Сучасні процеси державотворення в Україні свідчать про недостатнє врахування інтересів пацієнтів органами влади. При цьому проблема полягає не тільки в недостатності впливу державних органів влади на прийняття державно-управлінських рішень, а й взагалі на ситуацію в країні [213, 214].

Встановлено, що фінансова складова діяльності законодавчо забезпечувалася за рахунок коштів державного бюджету, зокрема, програмно-цільовим методом. Це надавало можливість підвищити ефективність заходів щодо запобігання поширенню епідеміям та найбільш раціонально використовувати бюджетні кошти шляхом їх концентрації на визначених напрямках. Фінансування заходів на регіональному рівні покладалося також на місцеві бюджети за рахунок медичної субвенції обласного, районного, міського рівня. Іншими джерелами надходження коштів визначені кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та інші, не заборонені законодавством джерела.

Впродовж періоду дослідження законами України були затверджені до виконання загальнодержавні програми профілактики та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам. Реалізація державних програм відбувалася як на центральному, так і на регіональному рівні, шляхом прийняття відповідних регіональних програмних заходів та їх виконання.

Так, у Миколаївській області впродовж періоду дослідження були прийняті обласні програми профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки з подовженням на 2014 рік та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки; програма

протидії захворюванню на туберкульоз на 2013-2016 роки з подовженням до 2019 року.

Обсяги фінансування на виконання обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки передбачалися у розмірі 215550,8 тис. грн., обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2013-2016 роки – 11265,7 тис. грн.

В Одеській області впродовж періоду дослідження діяла обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та парентеральним гепатитам). Плановий обсяг фінансування програми на 2016 рік складав 208683,4 тис. грн.

В Херсонській області заходи, спрямовані на боротьбу з поширенням туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДУ, проводилися в межах обласної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2012 роки, обласної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки. Обсяг фінансування останньої орієнтовно складав на 2015 рік – 24620,5 тис. грн, на 2016 рік – 30115,6 тис. грн.

Виконавцями обласних цільових програм визначені управління, відділи, інші структурні підрозділи обласних державних адміністрацій, виконавчих органів міських (міст обласного значення) рад, районні державні адміністрації, обласні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, обласні протитуберкульозні диспансери, заклади охорони здоров'я [215].

Завдання з координації дій виконавчих органів і структур, планування фінансового забезпечення виконання програм, прогнозування та аналізу епідемічної ситуації на соціально значущі інфекційні захворювання, моніторингу і оцінки в сфері ВІЛ/СНІДу, контролю за дотриманням вимог нормативно-правових і розпорядчих актів, надання методичної допомоги та сприяння радам нижчого адміністративного рівня у виконанні програмних

заходів покладалися на консультативно-дорадчі міжсекторальні органи, створені при обласних державних адміністраціях: Миколаївській - координаційну раду з питань протидії туберкульозу, наркоманії та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Миколаївській області; Одеській – Одеську обласну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії; Херсонській - Херсонську обласну координаційну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

На виконання рішень обласних державних адміністрацій утворені відповідні районні, міські координаційні ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії з метою координації дій з виконання регіональних програм на місцевому рівні.

Встановлено, що за період дослідження проводилися регулярні моніторингові візити в райони досліджуваних областей представниками регіонального рівня з метою надання методичної та технічної допомоги відповідальним особам та структурам за виконання районних програм з протидії туберкульозу.

Аналіз змістовності заходів регіональних програм засвідчив, що вони планувалися відповідно до загальнодержавних і включали зокрема, заходи, фінансування яких повністю покладалося на місцеві бюджети. Виявлено, що це була значна частина видатків програми профілактики і протидії туберкульозу: укомплектування протитуберкульозних закладів охорони здоров'я майном відповідно до табеля оснащення; забезпечення відповідності цих закладів санітарно-гігієнічним вимогам; відкриття відділень для лікування хворих на туберкульоз, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію та взяття під варту; забезпечення відповідності лабораторій першого – третього рівня діючим стандартам; забезпечення проведення мікроскопії мокротиння та організація роботи кабінетів контрольованого лікування в закладах первинної медико-санітарної допомоги; закупівля рентгенівської плівки та реагентів, лабораторних витратних матеріалів; здійснення туберкуліодіагностики дітям від 7 до 14 років; утворення відділень для стаціонарного лікування хворих на

мультирезистентний туберкульоз та відділень (палат) для паліативного лікування хворих на туберкульоз; провадження інженерного контролю та здійснення заходів біобезпеки в лабораторіях мікробіологічної діагностики туберкульозу.

Заходами у складі обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, фінансування яких передбачалось з місцевих бюджетів, передбачалось, зокрема: забезпечення охоплення послугами з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб, доступу хворих на ВІЛ-інфекцію до безперервної АРТ; забезпечення якості лабораторних досліджень на предмет виявлення та контролю лікування ВІЛ-інфекції; профілактика захворюваності на вірусні гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та ВІЛ-інфікованих; забезпечення вільного доступу населення до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію; забезпечення доступу вагітних жінок до послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; розробка, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя у населення.

Державною цільовою соціальною програмою профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року передбачалися, зокрема: удосконалення організації медичної допомоги хворим на вірусні гепатити; розвиток інтеграції медичної допомоги шляхом налагодження взаємодії закладів охорони здоров'я первинної, вторинної та третинної медичної допомоги; доступ широких верств населення до діагностики та лікування вірусних гепатитів; покращення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та лабораторій, в яких здійснюється діагностика та лікування вірусних гепатитів; охоплення вакцинацією проти вірусного гепатиту В осіб із групи ризику; підвищення рівня інформаційного забезпечення населення з питань профілактики хронічних вірусних гепатитів; забезпечення дотримання вимог

інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та на підприємствах побутового обслуговування щодо профілактики інфікування вірусами гепатитів.

Тобто, на місцеві бюджети поклалися значні витрати в частині ресурсного забезпечення заходів з профілактики, лікування, діагностики, соціального супроводу хворих на соціально значущі інфекційні захворювання, які є, як відомо, високовартісними.

Дані висновки підтверджені аналізом звітних матеріалів обласних державних адміністрацій, обласних Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та обласних протитуберкульозних диспансерів.

Так, обсяг фінансування обласної соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки в Миколаївській області з обласного та районних бюджетів за 2015 рік складав 29,0 % від запланованого обсягу, в 2016 році – 32,0 %; у 2017 році – 30,0 %. Недофінансованими залишилися послуги з консультування і тестування населення на ВІЛ, зокрема, вагітних, проведення лабораторних досліджень на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

У Херсонській області фінансування з обласного та місцевих бюджетів заходів з забезпечення вільного доступу населення до консультування і тестування на ВІЛ, лікування та медикаментозної профілактики опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, відкриття кабінетів «Довіра» впродовж 2009-2013 років було нижче запланованого. Фінансування послуг з АРТ було нерівномірним упродовж 2009-2016 років, а в 2010, 2015, 2016 роках було нижчим за планові обсяги.

В Одеській області заходи обласної програми 2016-2018 років профінансовані на 95,73% від запланованого (загальна сума 662714,38 тис. грн.), в т.ч., з державного бюджету - на 70,33 % (206345,427 тис. грн.), з небюджетних коштів - на 118,93 % (за рахунок Глобального фонду отримано 271305,154 тис. грн.; від фонду PEPFAR 80231,409 тис. грн. та в якості гуманітарної допомоги від БФ «Фундація «АНТИСНІД-Україна» - 1344,01 тис. грн.), з місцевих

бюджетів профінансовано на 140,46 % (виділено фінансування на 96013, 48 тис. грн.), а з обласного бюджету – лише на 22,1 % (отримано 7474,9 тис. грн., в т.ч. - 4099,90 тис. грн. на медикаменти, 1373,00 тис. грн. - на закупівлю обладнання для вірусологічних лабораторій, тест-систем та 2000,0 тис. грн - на закупівлю обладнання для обласного центру соціально значущих хвороб).

Отже, в регіонах дослідження нормативні вимоги щодо програмно-цільового підходу протидії та подоланню епідемій виконувались в межах фактично виділених обсягів фінансування, які були переважно меншими за заплановані, та наявних кадрових, матеріально-технічних, інфраструктурних, інформаційних ресурсів.

В цілому, за даними МОЗ України, фінансування Загальнодержавної соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2014-2018 роках з державного бюджету України забезпечувалось на 87,6 %, з місцевих бюджетів – на 39,2 % від запланованого [216].

За даними Рахункової палати України, фінансування програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки забезпечило потребу в коштах для виконання програми в регіонах в середньому на 83,4 %, у тому числі, у 2012 році – на 88,8 %, у 2013 році – на 82,3 %, у 2014 році – на 72,9 %, у 2015 році – на 83,6 % та у 2016 році – на 88,9 % [217].

Таким чином, обмеженість фінансування державних і регіональних програм була одним з чинників, що стали на заваді досягнення цільових програмних показників в повному обсязі. Це обумовлювало постановку наступних завдань з реформування сфери охорони здоров'я в частині медичної допомоги хворим на СЗІЗ. Особливого значення для вирішення питання подальшого забезпечення потреб цього контингенту хворих у медичній допомозі набувало згортання загальнодержавних цільових програм профілактики і протидії туберкульозу і вірусним гепатитам після 2018 року.

За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), з 2020 року, відповідно до законодавства, в межах Програми медичних гарантій, буде здійснюватися закупівля медичних послуг у закладах охорони здоров'я, зокрема,

з діагностики та лікування дорослих і дітей із туберкульозом і діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ.

Аналіз матеріалів специфікації надання цих послуг та умов їх закупівлі засвідчив, що передбачається закупівля послуг, яких потребують пацієнти з ВІЛ, та які, зокрема, виявилися недоступними місцевим бюджетам при виконанні державних соціальних програм: тестування на ВІЛ; медичний нагляд; профілактика опортуністичних та супутніх захворювань; супровід дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, у віці до 18 місяців; організаційно-методична та консультативна робота з питань ВІЛ-інфекції.

Програмою медичних гарантій передбачена специфікація послуг для задоволення потреб пацієнтів, хворих на туберкульоз: встановлення діагнозу, лікування, медичне спостереження, моніторинг клінічної ефективності, виявлення, діагностика та лікування супутніх захворювань. Передбачена закупівля організаційно-методичних послуг, куди увійшли управління запасами протитуберкульозних препаратів і лікарських засобів для лікування побічних реакцій, а також витратними матеріалами для діагностики туберкульозу; ведення облікової документації.

Як послуга, що може бути закуплена, представлена координація дій з профілактики та виявлення туберкульозу на регіональному рівні, однак її зміст в специфікації не деталізований.

З поміж організаційних технологій, спрямованих на координацію надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ та хворим на туберкульоз, закупівля буде здійснюватися в разі перенаправлення пацієнта до інших закладів охорони здоров'я, за потреби, або проведення консультацій лікарями інших спеціальностей.

Не виокремлений як специфікація обсяг послуг з діагностики, профілактики, медичного спостереження хворих на вірусні гепатити В і С та ПСШ, хоча Програмою медичних гарантій передбачено закупівлю амбулаторних і стаціонарних послуг дорослим і дітям, хворим на інфекційні хвороби, як складової відповідних специфікацій.

Оплата НСЗУ за надану послугу є безперечно прогресивним підходом до мотивації закладів охорони здоров'я надавати якісну медичну послугу відповідно до потреб пацієнта за визначеним пакетом. Разом з тим, аналіз законодавчої бази дозволяє виокремити певні ризики щодо ефективності реформи, зокрема, відносно профілактики, лікування, діагностики та організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Так, згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», на медицину має виділятися не менше 5,0 % видатків із державного бюджету. Відомо, що в реаліях на охорону здоров'я виділяється значно менший обсяг коштів, в той час коли в країнах ОЕСР та Європейського Союзу ці видатки складають від 9,0 % до 11,0 % і більше від ВВП. Тому викликають сумніви можливості повної сплати НСЗУ за надану послугу відповідно до потреби пацієнта в межах Програми медичних гарантій.

Підхід щодо оплати за надану послугу НСЗУ в разі потреби хворого у лікуванні та діагностиці інфекційних захворювань також містить ризики для можливостей збереження резервного ліжкового фонду стаціонарних закладів інфекційного профілю, оскільки інфекційні ліжка можуть певний час бути вільними, але мають перебувати в повній готовності до прийому хворих на випадок раптового погіршення епідемічної ситуації.

Таким чином, перспективи реформування вторинної медичної допомоги з оплатою за надану послугу містять ризики щодо можливостей вирішення в повному обсязі проблеми фінансового забезпечення медичної допомоги хворим на СЗІЗ. І навпаки, послуга може бути закуплена лише у випадку, якщо заклад охорони здоров'я доведе свої ресурсні спроможності надавати таку послугу, шляхом укладання ним попередньо угоди з НСЗУ. Це вимагає витрат на приведення у відповідність матеріально-технічної бази закладів до вимог НСЗУ.

В частині визначення перспектив фінансового забезпечення медичної допомоги хворим на СЗІЗ слід взяти до уваги адміністративно-територіальну реформу в Україні, яка започаткована в 2014 році, та як і медична реформа, не

знайшла свого завершення або значного просування у визначених законодавством напрямках і передбачуваних термінах. Це підтверджено аналізом регуляторних актів, що забезпечують реформу, оскільки до базових законів, в зв'язку з їх недосконалістю, неодноразово вносилися зміни стосовно механізму об'єднання територіальних громад [218-220].

Відповідно до законодавства, заходи, пов'язані з децентралізацією влади, передбачають передачу повноважень і ресурсів спроможним об'єднаним територіальним громадам (ОТГ), розподіл повноважень між органами державної влади та місцевого самоврядування, зокрема, піклування та відповідальність органів управління територіальними громадами за здоров'я населення громади.

З фінансової точки зору ОТГ будуть на прямих міжбюджетних відносинах з державним бюджетом, а отже, бюджети сільських, селищних рад, міст районного значення стануть незалежними від районних бюджетів, а органи управління ОТГ можуть вільно розпоряджатися цими коштами на користь населення громад, у тому числі, забезпечення охорони здоров'я та надання медичної допомоги, зокрема, на розвиток інфраструктури закладів охорони здоров'я та запровадження місцевих цільових соціальних програм.

Згідно з законодавством, бюджети ОТГ формуватимуться за рахунок: податку на доходи фізичних осіб – 60,0 %; місцевих податків і зборів; рентних платежів; акцизного податку; доходів від використання комунального майна; плати за надання адміністративних послуг; трансфертів (дотацій, субвенцій) тощо.

Фактично бюджетна децентралізація вже відбувається, зокрема, в регіонах дослідження, про що свідчать дані таблиці 4.1.

Аналіз представлених даних показав, що динаміка власних доходів на одного мешканця ОТГ в кожній області позитивна, але суттєво відрізняється за обсягом і коливається в межах + 40,5 % в Миколаївській, + 63,2 % – Одеській області. Динаміка надходження місцевих податків зборів за 9 місяців 2018 року порівняно з 9 місяцями 2017 року була позитивною у всіх областях з

коливаннями від +1,1 % до +65,2 % в Одеській області, від +9,2 % до +77,2 % – в Миколаївській області, в залежності від ОТГ.

Таблиця 4.1.

Окремі показники виконання місцевих бюджетів ОТГ Миколаївської, Одеської, Херсонської областей за 9 місяців 2018 року (за даними експертів Групи фінансового моніторингу Центрального офісу реформ при Мінрегіоні)

Назва регіону	Кількість ОТГ (од., абс.)	Динаміка власних доходів на одного мешканця		Динаміка надходження місцевих податків зборів (%)	Питома вага видатків на утримання апарату управління з власних коштів (%)
		абс (грн)	%		
Миколаївська область	28	+ 819,5	+ 40,5	(+9,2) – (+77,2)	10,2 – 39,5
Одеська область	25	+ 1147,2	+ 63,2	(+1,1) – (+65,2)	9,3 – 32,9
Херсонська область	26	+ 846,1	+ 58,6	(-20,0) – (+55,1)	17,0 – 56,0

В Херсонській області відмічено коливання даного показника від -20,0 %, тобто, зменшення надходжень, до +55,1 %, в залежності від ОТГ. Питома вага видатків на утримання апарату управління в областях також помітно коливалась в залежності від ОТГ.

Більша частина ОТГ досліджуваних областей отримують з державного бюджету базову дотацію, як і передбачено законодавством: 22 громади Миколаївської, 20 громад – Одеської, 24 громади – Херсонської області.

Таким чином, ОТГ областей, при загальному зростанні доходів власних бюджетів, відрізняються за динамікою обсягів надходження коштів, питомою вагою витрат на утримання апарату управління, а отже, мають різні можливості та/або спроможності використання соціально-економічного потенціалу, у тому числі, в разі розгляду питання щодо витрат на охорону та відновлення здоров'я населення громади.

Слід також зазначити нерівномірність і розтягнутий у часі процес створення ОТГ: у 2015 році в Миколаївській та Херсонській областях було створено всього по одній ОТГ, в Одеській – 8 ОТГ; в 2016 році – в Миколаївській – 18 ОТГ, Одеській – 3 ОТГ, Херсонській області – 11 ОТГ; в 2017 році – в Миколаївській області створено 9 ОТГ та по 14 ОТГ – в Одеській та Херсонській областях. Оскільки процес створення ОТГ вимагає певного часу, зрозуміло, що це призводить до дублювання певною мірою управлінських функцій, коли одночасно функціонують районні державні адміністрації, районні ради та органи управління ОТГ. Така ситуація може ускладнювати вибудову чіткої однозначної управлінської політики, зокрема, з питань охорони здоров'я.

Однак, незважаючи на ризики, обмежені можливості фінансового забезпечення медичної допомоги хворим на СЗІЗ в межах реформи вторинної медичної допомоги можуть бути компенсовані бюджетами ОТГ, оскільки останні мають повноваження і зобов'язання піклуватись про здоров'я населення своєї громади, та демонструють зростання фінансових надходжень. За таких умов зростає роль місцевої громади, зокрема, місцевої медичної спільноти, інших демократичних представництв щодо участі у прийнятті рішень з цільового використання можливостей бюджетів ОТГ у забезпеченні населення громади спеціалізованою медичною допомогою, зокрема, хворим на СЗІЗ.

4.2. Мережа, ресурсне забезпечення та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я з виконання регіональних програм у 2006-2016 роках

4.2.1. Виконання регіональних програм з протидії захворюванню на туберкульоз

Успішність виконання програмних завдань із профілактики та протидії соціально значущим інфекційним захворюванням значною мірою визначається мережею та ресурсним забезпеченням закладів охорони здоров'я, як основними структурними складовими регіональної системи охорони здоров'я, що уособлюють її спроможність забезпечити населенню доступні та якісні медичні послуги відповідного профілю [221].

Системним аналізом матеріалів дослідження встановлено, що впродовж 2006-2016 років відбувалося упорядкування мережі, структури й функцій закладів охорони здоров'я, що надавали медичну допомогу населенню з соціально значущими інфекційними захворюваннями у регіонах, обраними базами дослідження, відповідно до Національного плану дій з реформування сфери охорони здоров'я та цільових програмних заходів з урахуванням регіональних відмінностей і потреб населення у спеціалізованій медичній допомозі.

Відомо, що реформування торкалося як закладів (первинної, вторинної, третинної), так і етапів (амбулаторного, стаціонарного) медичної допомоги. В цілому мережа зазнала певних змін в чисельності закладів, потужності ліжкового фонду, кадрових і матеріально-технічних ресурсах та змістовності функцій з виконання регіональних програм, що віддзеркалювало в цілому ситуацію в галузі.

Зокрема, характерною ознакою мережі закладів охорони здоров'я, де надавалася медична допомога хворим на туберкульоз, була її розгалуженість за рахунок різних закладів: туберкульозних лікарень для дорослих і дітей, протитуберкульозних диспансерів, фтизіатричних кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах, спеціалізованих санаторно-курортних закладів для дорослих і дітей [222]. Визначений нормативно-правовими вимогами обсяг

послуг щодо профілактики і виявлення туберкульозу надавався також в закладах первинної медичної допомоги.

Слід зазначити, що реорганізація ліжкового фонду протитуберкульозних закладів була внесена до плану заходів з виконання державної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки і затверджена наказом МОЗ України [223]. Даний напрямок був підтверджений іншим нормативно-правовим актом [224], з акцентом на перенесення стаціонарного етапу лікування туберкульозу на амбулаторний.

Отже, у 2006 році в Україні функціонували 33 туберкульозні лікарні, з них 2 – в Одеській і 2 – в Херсонській областях, за відсутності туберкульозних лікарень в Миколаївській області. Ліжковий фонд зазначених обласних закладів складав відповідно 755 та 160 ліжок, а медичну допомогу в них отримали 2782 та 726 хворих [225], (табл. 4.2).

У 2016 році ліжковий фонд туберкульозних лікарень в Україні зазнав скорочення до 28 закладів, зокрема, в Одеській області залишилася лише одна туберкульозна лікарня потужністю 405 ліжок, в яку за рік звернулося 1247 хворих [226].

Ліжковий фонд туберкульозних лікарень в цій області зазнав таким чином скорочення на 46,4 %, в Україні – на 32,1 %.

У Херсонській області обидві лікарні продовжували працювати при збереженому ліжковому фонді, але за поточний рік було проліковано лише 269 хворих.

Кадровий ресурс зазначених закладів у 2006 році забезпечувався 74,75 штатними посадами лікарів в лікарнях Одеської та 12,25 – в Херсонської області, з яких зайнятими виявилися відповідно 53,5 (71,6 %) та 10,5 (85,7 %) посад відповідно 31 (укомплектованість фізичними особами 41,5 %) та шістьма фізичними особами – лікарями (укомплектованість фізичними особами 49,0 %). Штатних посад середнього медичного персоналу було виділено 217,5 в лікарнях Одеської та 35,75 - Херсонської області, з яких зайнятими були 184,25 (84,7 %) та 34,50 (96,5 %) відповідно.

**Динаміка чисельності та ліжкового фонду туберкульозних лікарень
Миколаївської, Одеської, Херсонської областей та України за період 2006-
2016 років (у відсотках)**

Адміністративні території	Число закладів (од., абс.), ліжок в них (од., абс.), роки				Динаміка ліжкового фонду 2016/2006 (%)
	кількість закладів		кількість ліжок		
	2006	2016	2006	2016	
Україна	33	28	4598	3120	-32,1
Миколаївська область	-	-	-	-	-
Одеська область	2	1	755	405	- 46,4
Херсонська область	2	2	160	160	-

У 2016 році штатні посади лікарів в Одеській області, у зв'язку з закриттям однієї з профільних лікарень, скоротилися до 39,25, або на 47,5 %, а зайнятими з них були 34,25 (87,3 %) посади 28 лікарями (укомплектованість фізичними особами 71,3 %). Штатні посади лікарів у лікарнях Херсонської області збереглися, але з 12,25 посад зайнятими були лише 8,75 (71,4 %); на цих посадах працювало всього чотири лікаря (укомплектованість фізичними особами 32,7 %). Штатних посад середнього медичного персоналу залишилося 124,25 в туберкульозній лікарні Одеської області (скорочення на 42,9 %), з яких були зайнятими 104,25 (83,9 %). Децю покращилась ситуація із зайнятістю штатних посад середнього медичного персоналу в Херсонській області: з 38,5 посад зайнятими виявилися 37,75 (98,1 %).

У Херсонській області впродовж періоду дослідження, крім лікарні для дорослих, функціонувала туберкульозна лікарня для дітей. У 2006 році її

ліжковий фонд налічував 100 ліжок, до 2016 року він скоротився до 60 ліжок (на 40,0 %). Внаслідок скорочення ліжок чисельність штатних посад лікарів зменшилася з 7,5 до 7,0, усі вони у 2016 році були зайнятими, а число фізичних осіб-лікарів навіть збільшилося з 4 до 5 осіб, укомплектованість штатних посад фізичними особами дорівнювала 71,4 %. У цій лікарні у 2006 році було проліковано 420 хворих дітей, у 2016 році їх кількість становила лише 229 осіб.

В Україні в цілому чисельність штатних посад по усім туберкульозним лікарням за досліджений період практично не змінилася; зайнятість їх складала 86,1 та 86,3 % відповідно. Укомплектованість штатних посад фізичними особами зростає з 62,4 % до 69,2 %.

Таким чином, потреби населення у лікарняній допомозі за період дослідження зменшилися, а проведенне скорочення ліжкового фонду не було приведено у повну відповідність цим потребам. Залишалася гострою проблема кадрових ресурсів, незважаючи на деяке покращення показників зайнятості лікарських посад та укомплектованості їх фізичними особами, оскільки останні є похідними від чисельності штатних посад.

Провідними закладами охорони здоров'я, що надавали медичну допомогу хворим на туберкульоз, залишалися впродовж періоду дослідження протитуберкульозні диспансери. Зміни їх чисельності та ліжкового фонду впродовж 2006-2016 років представлені в таблиці 4.3.

З даних табл. 4.3 видно, що зміни в мережі протитуберкульозних диспансерів відповідали напряму змін у мережі туберкульозних лікарень, і в досліджуваних регіонах відображали ситуацію по країні в цілому, але у відносних показниках лише в Херсонській області, як і в Україні, скорочення ліжок набуло істотних змін – на 35,5 % при галузевому скороченні 38,9 %.

У Миколаївській і Одеській областях ліжка скорочувались дуже обережно – на 12,9 та 8,2 % відповідно. Скорочення ліжок супроводжувалося відповідним скороченням лікарських посад (табл. 4.4).

Динаміка чисельності та ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років (у відсотках)

Адміністративні території	Число диспансерів (од., абс.), ліжок в них (од., абс.), роки				Динаміка ліжкового фонду 2016/2006 (%)
	Кількість закладів		Кількість ліжок		
	2006	2016	2006	2016	
Україна	121	80	18324	11189	-38,9
Миколаївська область	3	2	620	540	-12,9
Одеська область	5	3	610	560	-8,2
Херсонська область	1	1	620	400	-35,5

Медико-статистичний аналіз даних, представлених у табл. 4.4, засвідчив, що число штатних лікарських посад скоротилося у Миколаївській області з 104,5 у 2006 році до 47,0 – у 2016 році, або на 55,0 %. Зайнятість посад складала 99,5 % та 100,0 % відповідно, але укомплектованість фізичними особами лікарів залишалась низькою, незважаючи на певне зростання показника з 65,1 % у 2006 році до 72,3 % у 2016 році. Зайнятість штатних посад середнього медичного персоналу з 100,0 % зменшилася до 99,1 %.

В Одеській області чисельність штатних лікарських посад зменшилася з 171,0 до 129,75, або на 24,1 %. Зайнятість їх при цьому зросла з 85,9 до 93,3 %, а укомплектованість фізичним особами лікарів – з 76,0 % до 95,6 %. Зайнятість штатних посад середнього медичного персоналу з 87,8 % зменшилася до 82,4 %.

**Динаміка лікарських посад в мережі протитуберкульозних диспансерів
Миколаївської, Одеської, Херсонської областей та України за період 2006 -
2016 років (абс.)**

Адміністрати вні території	Роки, лікарські посади (чисельність, абс.), фізичні особи (абс.)					
	2006			2016		
	штатні	зайняті	фізичних осіб	штатні	зайняті	фізичних осіб
Україна	3594,5	3292,5	2603	1914,25	1810,0	1558
Миколаївська область	104,5	104,0	68	47,0	47,0	34
Одеська область	171,0	147,0	130	129,75	121,0	124
Херсонська область	72,25	68,5	47	26,75	26,75	22

В Херсонській області чисельність штатних посад лікарів скоротилася з 72,25 до 26,75, їх зайнятість зросла з 94,8 % до 100,0 %, а укомплектованість фізичними особами лікарів – з 65,1 до 82,2 %. Зайнятість штатних посад середнього медичного персоналу зменшилася з 98,9 % до 90,0 %.

Виявлена ситуація в регіонах дослідження повторювала закономірності в галузі: по Україні загалом штатні посади лікарів протитуберкульозних диспансерів скоротилися з 3594,5 до 1914,25 од., або на 46,7 %, в результаті їх зайнятість збільшилася з 91,6 до 96,4 %, а укомплектованість фізичними особами лікарів – з 72,4 до 81,4 %. Зайнятість штатних посад середнього медичного персоналу скоротилася з 95,5 % до 92,6 %, що свідчило про дефіцит фізичних осіб останніх.

В цілому як в досліджуваних регіонах, так і в Україні, упродовж 2006-2016 років спостерігалася негативна динаміка чисельності фізичних осіб та співвідношення планового показника, визначеного державною програмою, і фактичного показника забезпеченості лікарями-фтизіатрами. Так, в абсолютних показниках чисельність лікарів-фтизіатрів зменшилася: з 67 до 61 особи – в Миколаївській області; з 180 до 158 осіб – в Одеській; з 62 до 58 – в Херсонській. При плановому значенні програмного показника укомплектованості посад лікарями – фтизіатрами 95,0 % у 2016 році в усіх профільних закладах Миколаївської області фактично він складав 61,5 %, Одеської – 74,3 %, Херсонської – 66,3 %, по Україні – 72,7 %. В порівнянні з укомплектованістю штатних посад лікарями інших спеціальностей цей показник був одним з найнижчих в галузі.

Негативну ситуацію з медичними кадрами відображав і показник захворюваності медичних працівників на туберкульоз. В закладах охорони здоров'я досліджуваних областей він дорівнював у 2016 році: в Миколаївській області – 39,8, в Одеській області - 91,8, в Херсонській області – 76,4 на 100 тис. медичних працівників при показникові по Україні – 63,4 на 100 тис. медичних працівників. В протитуберкульозних закладах відповідні показники склали: 250,0 на 100 тис. медичних працівників у Миколаївській області, 194,7 – в Одеській області. По Україні показник дорівнював 251,1 на 100 тис. відповідного населення. Лише в Херсонській області випадків захворюваності на туберкульоз серед працівників протитуберкульозних закладів у 2016 році не зареєстровано.

Показник захворюваності медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги як програмний показник – 2,0 на 10 тис. відповідного населення за результатами моніторингу виконання відповідних заходів, виявився в Одеській області одним з найвищих в Україні – 14 на 10 тис. медичних працівників зазначених закладів.

Показники використання туберкульозних ліжок в досліджуваних регіонах вказували на недостатню ефективність проведених заходів з оптимізації

ліжкового фонду, збереження їх надмірної кількості у порівнянні з потребами населення (табл. 4.5).

Як видно з наведених даних, зайнятість ліжка у 2006 році в Україні, як і в досліджуваних регіонах, була високою, а в Миколаївській області навіть перевищувала число календарних днів у році. Такі явища могли мати місце в зв'язку з високими потребами у стаціонарному лікуванні, важкістю клінічного стану хворих або недообстеженням їх на амбулаторно-поліклінічному етапі, використанні туберкульозних ліжок як соціальних, що призводило до штучного подовження терміну стаціонарного лікування та, як наслідок, підвищенню ризиків розвитку мультирезистентних форм туберкульозу. Про це свідчать показники вищої тривалості середнього перебування хворого на ліжку в Миколаївській і Одеській областях у порівнянні з середнім показником по галузі.

Таблиця 4.5.

Динаміка показників використання туберкульозних ліжок (для дорослих) у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років

Адміністративні території	Середнє число днів зайнятості ліжка		Середнє число днів перебування хворого на ліжку		Летальність (%)		Обіг ліжка	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Україна	347,5	267,9	90,9	92,4	8,8	8,7	4,1	2,9
Миколаївська область	466,5	335,6	103,5	111,3	12,8	13,9	5,1	3,0

<i>Продовження таблиці 4.5.</i>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Одеська область	356,1	305,2	111,9	96,9	14,3	13,6	3,6	3,1
Херсонська область	368,8	327,5	89,7	95,6	7,5	8,7	4,4	3,4

У 2016 році ситуація змінилася: внаслідок оптимізації ліжкового фонду зайнятість ліжка помітно скоротилася в усіх досліджуваних регіонах, по Україні показник був навіть нижче рекомендованого для лікарень інфекційного профілю. Разом з тим, тривалість середнього перебування хворого на ліжку зросла, крім показника по Одеській області, що могло бути пов'язано з прагненням керівництва туберкульозних закладів дотриматися необхідної зайнятості ліжка з метою їх збереження і недопущення скорочення, оскільки потреби населення в госпіталізації зменшувалися. Так, число госпіталізованих хворих скоротилося з 2707 до 1431 в Миколаївській, з 5662 до 3218 – в Одеській та з 3471 до 1919 – в Херсонській області.

Подовження тривалості середнього перебування хворого на ліжку свідчило про стабільність підходу керівників закладів, відповідно до галузевої політики, до утримання централізованої моделі надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, з високою вартістю ліжка для держави, за відсутності врахування індивідуальних потреб пацієнта, оскільки він тривалий час був ізольованим від родини і суспільства та мав високі ризики перехресного інфікування.

Як зазначено у щорічних звітах керівників обласних протитуберкульозних диспансерів та туберкульозних лікарень, зменшенню числа госпіталізацій сприяло не лише зниження захворюваності на туберкульоз впродовж періоду дослідження, але й впровадження позалікарняних форм стаціонарного лікування (стаціонари вдома) та денних стаціонарів для хворих на туберкульоз, що

відображало процеси реформування сфери охорони здоров'я, які торкнулися і туберкульозної служби.

У 2016 році залишалися високими показники летальності хворих в стаціонарі, хоча абсолютна кількість померлих зменшилася, що слід пов'язувати зі зменшенням числа хворих, які поступили та потім були виписані зі стаціонару.

Про недостатню ефективність використання туберкульозних ліжок засвідчили також наступні дані Центру медичної статистики МОЗ України: у 2016 році в Україні на 10 тис. населення приходилося 3,43 туберкульозних ліжка, а на одне ліжко - 2,4 хворих усіма активними формами туберкульозу. У Миколаївській та Одеській областях показник забезпеченості населення туберкульозними ліжками був вищим, ніж в середньому по Україні і складав відповідно 4,34 та 4,31 на 10 тис. населення при вищій, ніж в Україні в середньому, потребі хворих на активний туберкульоз в стаціонарній допомозі, оскільки їх нараховувалося відповідно 3,02 і 3,66 на одне стаціонарне ліжко. Разом з тим, в Херсонській області забезпеченість туберкульозними ліжками залишалася значно вищою, ніж в середньому по галузі – 5,88 на 10 тис. населення, тоді як кількість хворих на активний туберкульоз на одне ліжко дорівнювала лише 1,97, тобто резерви для оптимізації ліжкового фонду в цій області не були остаточно використані.

Зміни структури ліжкового фонду торкнулися не лише чисельності ліжок, але й їх функціонального наповнення, як було заплановано регіональними програмами. У всіх регіонах у протитуберкульозних диспансерах були утворені палати для паліативного/хоспісного лікування хворих на туберкульоз. В Одеському протитуберкульозному диспансері виділені палати для лікування хворих на туберкульоз, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію та взяття під варту. Цей захід в інших регіонах не був виконаний, хоча передбачений програмними заходами для усіх адміністративних територій України.

З метою підвищення ефективності міжгалузевої та міждисциплінарної координації діяльності, спрямованої на протидію коінфекції туберкульоз/ВІЛ, у протитуберкульозних диспансерах досліджуваних областей усім хворим на туберкульоз забезпечено доступ до добровільного консультивання та тестування на ВІЛ-інфекцію шляхом організації відповідних кабінетів, що засвідчило виконання вимог регіональних програм.

Ресурсна база протитуберкульозних диспансерів усіх досліджуваних областей, крім кадрових ресурсів та ліжок, за даними звітів їх керівників, впродовж періоду дослідження включала рентгенологічні відділення, флюорографічні кабінети, кабінети електрокардіографії, клініко-діагностичні лабораторії, фізіотерапевтичні відділення, ендоскопічні відділення (кабінети). На виконання вимог регіональних програм в кожному регіоні впроваджені молекулярно-генетичні методи дослідження на туберкульоз шляхом введення в експлуатацію лабораторій ПЛР «Hane-test».

У обласному протитуберкульозному диспансері Херсонської області додатково до вказаних структурних підрозділів функціонував кабінет ультразвукової діагностики та патологоанатомічне відділення. В Миколаївському обласному протитуберкульозному диспансері також функціонували кабінети бронхоскопії, патологоанатомічне відділення; з 2012 року встановлено шістнадцятизрізовий комп'ютерний томограф фірми «TOSHIBA». Лабораторія Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру впровадила проведення діагностичних досліджень методом ПЛР у реальному часі «Gene-Xpert»; з 2009 року проводилася діагностика на рідких середовищах на автоматизованому аналізаторі «ВАСТЕС MGIT 960».

В роботу обласних протитуберкульозних диспансерів впроваджено, відповідно до запланованих заходів регіональних програм, ведення регіональних електронних реєстрів хворих на туберкульоз на базі програми e-TV Manager, забезпечено введення до реєстрів усіх випадків туберкульозу за 2013-2015 роки. Налагоджена система обліку та звітності, разом з лабораторною мережею, з мікробіологічної діагностики туберкульозу.

Разом з тим, частина рентгенологічного та флюорографічного обладнання в областях впродовж періоду дослідження знаходилася в експлуатації зі

значним перевищенням нормативних термінів, була застарілою і потребувала заміни. Жоден заклад охорони здоров'я туберкульозного профілю досліджуваних областей не був укомплектований майном відповідно до таблиця оснащення, що засвідчило часткове виконання відповідного заходу регіональних програм. Зокрема, причиною такого становища став дефіцит фінансування з державного бюджету, внаслідок чого впродовж терміну виконання програми централізована закупівля стаціонарних цифрових флюорографічних та рентгенологічних апаратів не проводилася.

Як наслідок, лише в Херсонській області було забезпечено проведення діагностики та моніторингу ефективності лікування туберкульозу за допомогою рентгенологічного обстеження у повному обсязі, відповідно до потреб хворих.

Дефіцит фінансування лікарняних протитуберкульозних закладів простежувався за показником видатків на харчування стаціонарних хворих, які мали забезпечуватися за рахунок коштів обласного бюджету. Найнижчий рівень видатків на харчування хворих на туберкульоз протягом 2016 року – 12,63 грн/добу – мав місце в Херсонській області не лише серед досліджуваних регіонів, але й серед інших регіонів України.

Мережа закладів, де надавалася медична допомога хворим на туберкульоз, не обмежувалася лише туберкульозними лікарнями та протитуберкульозними диспансерами. Як вказано вище, в досліджуваних регіонах, як і в Україні загалом, впродовж періоду спостереження функціонувала мережа спеціалізованих кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах, що забезпечувало доступ населення до фтизіатричної допомоги на амбулаторному етапі (табл. 4.6).

Як видно з даних таблиці 4.6, при загальному скороченні числа спеціалізованих кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах України, в досліджуваних регіонах їх кількість навіть незначно збільшилася: у Миколаївській області – з 20 до 22 од.; в Одеській - з 31 до 33 од., в Херсонській – з 22 до 23 од. Збереження фтизіатричних кабінетів у амбулаторно-поліклінічній мережі, безумовно, мало позитивне значення, але незначне, на 1-2

од., збільшення їх числа, підтверджувало існування підходу в галузі до концентрації хворих в стаціонарах, повільному впровадженню амбулаторної моделі спостереження хворих на туберкульоз.

Таблиця 4.6.

Динаміка чисельності фтизіатричних кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах Миколаївської, Одеської, Херсонської областей та України за період 2006-2016 років (абс.)

Адміністративні території	Кількість фтизіатричних кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах/роки (од., абс.)	
	2006	2016
Україна	593	536
Миколаївська область	20	22
Одеська область	31	33
Херсонська область	22	23

У протилежному випадку, мережа таких кабінетів була б розширена з метою підвищення доступності амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам з потребами у фтизіатричній допомозі, запровадженню механізму інтеграції фтизіатричної служби у заклади первинної і вторинної медичної допомоги, що передбачено заходами державної і, відповідно, регіональних програм.

Ще однією структурною складовою мережі протитуберкульозних закладів були санаторно-курортні заклади, яких у 2006 році нараховувалося 95 од. по Україні, зокрема, по одному закладу в Миколаївській та Херсонській областях та сім закладів – в Одеській області (табл. 4.7).

У 2016 році мережа скоротилася відповідно до 61 закладу по Україні, але в досліджуваних регіонах залишалася незмінною. Разом з тим відбулися

нерівномірні зміни в потужності ліжкового фонду: він збільшився по Україні на 40,8 %; в Миколаївській області залишався стабільним; в Одеській області зріс на 6,2 %, а в Херсонській – скоротився на 18,8 %.

Виконання програмних заходів з протидії туберкульозу на регіональному рівні вимагало внеску закладів первинної медичної допомоги, який полягав, зокрема, у забезпеченні збору мокротиння для лабораторної діагностики через функціонування розгорнутих пунктів на їх базі. Лише в Херсонській області активна діяльність даних пунктів забезпечила виявлення 5,1 % випадків туберкульозу методом мікроскопії мокротиння, зібраного в цих закладах, при програмному показникові 4,5 %. В інших регіонах ця робота була менш активною, що вказувало на низький рівень координації дій з виявлення і діагностики туберкульозу між закладами первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та низький рівень залучення до виявлення туберкульозу закладів первинної медичної допомоги.

Таблиця 4.7.

Мережа санаторно-курортних закладів для хворих на туберкульоз та динаміка їх ліжкового фонду у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років (у відсотках)

Адміністративні території	Число закладів (од., абс.), ліжок в них (од., абс.), роки				Динаміка ліжкового фонду 2016/2006 (%)
	Кількість закладів		Кількість ліжок		
	2006	2016	2006	2016	
Україна	95	61	5562	7833	+40,8
Миколаївська область	1	1	201	201	-
Одеська область	7	7	1620	1720	+6,2
Херсонська область	1	1	80	65	-18,8

Встановлено, що в кожній області було забезпечено функціонування мікробіологічних лабораторій для проведення бактеріоскопічних досліджень: в Миколаївській області працювали 30 лабораторій I рівня, одна лабораторія III рівня; в Одеській області – 50 лабораторій I рівня, три лабораторії II рівня і одна лабораторія III рівня; в Херсонській області – 24 лабораторії I рівня, дві лабораторії II рівня і одна лабораторія III рівня. Виявлено, що всі лабораторії відповідали діючим стандартам. Однак в Одеській області зовнішній контроль якості успішно пройшли 95,7% мікробіологічних лабораторій I рівня, що не відповідало програмному показникові 100,0 %.

Діагностикою туберкульозу методом мікроскопії мазка мокротиння та посіву на тверде поживне середовище було охоплено 100,0 % хворих в досліджуваних областях, а діагностикою методом посіву на рідке поживне середовище – 92,7 % хворих на туберкульоз першої–третьої категорії Миколаївської області, в інших досліджуваних областях – 100,0 % цього контингенту хворих, що відповідало запланованим регіональними програмами заходам.

Протитуберкульозні заклади досліджуваних областей не в повному обсязі, відповідно до розрахункових потреб, отримували фінансування на закупівлі препаратів для патогенетичного лікування хворих в межах регіональних програм. З найнижчим рівнем забезпечення видатків на патогенетичне лікування виявилася Херсонська область, де лише у 40,3 % протитуберкульозних закладів обсяг видатків відповідав розрахунковим потребам. Мали місце проблеми у забезпеченні необхідними препаратами для надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз, найнижчим виявився рівень забезпечення цих хворих в Одеській області (19 % від потреби). В той же час всі регіони були забезпечені на 100% препаратами для лікування побічних реакцій внаслідок хіміотерапії туберкульозу; близьким до потреб було забезпечення у 2016 році профілактичним лікуванням опортуністичних інфекцій ко-тримоксазолом хворих на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ-

інфекція/СНІД та антиретровірусною терапією, зокрема, в Миколаївській області відсоток охоплення був одним з найвищих в Україні (93,7 %).

Успішність у виконанні заходів регіональних програм продемонстрували регіони дослідження в частині результативності хірургічного лікування хворих на туберкульоз: у 2016 році у Одеській та Херсонській областях усі хворі (100,0 %) першої, другої і четвертої категорії з числа тих, яким було проведено оперативне втручання, одужали.

Виконання програмних заходів передбачало оцінку дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу у закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги та протитуберкульозних закладах. Починаючи з 2014 року, оцінка проводилася фахівцями обласних протитуберкульозних диспансерів. Встановлено, що у повному обсязі дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу забезпечено лише у закладах первинної медичної допомоги Херсонської області.

В обласних протитуберкульозних диспансерах проводилися санітарно-протиепідемічні заходи з метою попередження внутрішньолікарняного поширення інфекції та формування мультирезистентних форм мікобактерій: встановлення бактерицидних УФО-випромінювачів, зонування приміщень, ремонтні роботи, забезпечення персоналу спецодягом та засобами індивідуального захисту. Усі медичні працівники досліджуваних областей пройшли навчання з питань інфекційного контролю за підтримки проєктів міжнародної технічної допомоги та в рамках реалізації гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Невиконаними виявилися вимоги державної та відповідних регіональних програм з охоплення дітей віком від чотирьох до чотирнадцяти років туберкулінодіагностикою в зв'язку з довготривалою відсутністю туберкуліну в Україні.

Складовою програмних заходів визначено створення системи надання соціально-психологічної допомоги вразливим групам населення за участю громадських організацій, що було виконано у всіх регіонах дослідження.

Незважаючи на певні здобутки в організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, станом на визначений термін завершення виконання державної та регіональних програм захворюваність на туберкульоз, що включала нові випадки та рецидиви, складала у 2016 році в Миколаївській області – 82,1 на 100 тис. населення, Одеській області - 130,6 на 100 тис. населення, Херсонській - 99,1 на 100 тис. населення і залишалися вищими за показник по Україні – 67,6 на 100 тис. населення.

У 2015 році відповідні показники по регіонах склали 86,1, 123,8, 106,1 при показникові по Україні 70,5 на 100 тис. населення. Як видно, показники захворюваності зросли в Одеській області в порівнянні з попереднім роком, в інших досліджуваних регіонах досягнуто зниження показника.

Поширеність туберкульозу в регіонах у 2016 році складала в Миколаївській області – 130,3 на 100 тис. населення, Одеській – 157,5 на 100 тис. населення, Херсонській – 115,0 на 100 тис. населення при показникові по Україні 82,1 на 100 тис. населення. У 2015 р. відповідні показники дорівнювали 132,3, 136,7, 124,1 на 100 тис. населення, середній показник по Україні – 84,7 на 100 тис. населення, тобто, динаміка рівня показника поширеності була аналогічною динаміки показника захворюваності по областям.

Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) дорівнювала у 2016 році: в Миколаївській області – 18,0 на 100 тис. населення, Одеській – 40,3 на 100 тис. населення, Херсонській – 14,2 на 100 тис. населення при середньому показникові по Україні – 10,6 на 100 тис. населення. У 2015 році відповідні показники склали: 16,9; 36,4; 14,3 та 10,3 на 100 тис. населення. Тобто, проблема коінфекції туберкульоз/ВІЛ залишалася актуальною внаслідок продовження розгортання процесу.

Найбільш складною серед досліджуваних регіонів епідемічна ситуація була в Одеській області, але загалом по усім обраним адміністративним територіям вона залишалася однією з найнесприятливіших в Україні, що потребувало подальших дій від державних і регіональних органів влади,

місцевого самоврядування та менеджменту сфери охорони здоров'я в напрямку її покращення.

4.2.2. Результати виконання регіональних програм з профілактики та протидії захворюванню на ВІЛ-інфекцію/СНІД та хронічні вірусні гепатити

Доступність населення до профілактичних послуг щодо ВІЛ-інфекції СНІДу, як і медико-профілактична допомога ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД впродовж визначеного періоду в досліджуваних регіонах надавалася у спеціалізованих регіональних та міських центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, в кабінетах інфекційних захворювань закладів охорони здоров'я, мережі кабінетів «Довіра», сайтах антиретровірусної терапії (АРТ) та замісної підтримуючої терапії (ЗПТ), розташованих на базі амбулаторно-поліклінічних та лікарняних закладів, та в протитуберкульозних закладах. Дотичними до зазначених структур з виконання певного обсягу програмних заходів були також структурні підрозділи та заклади, що надають акушерсько-гінекологічну, дерматовенерологічну, наркологічну допомогу.

В структурі регіональних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом виокремлені як самостійні підрозділи центри моніторингу і оцінки (МіО) та спеціалізовані лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Створення регіональних центрів МіО з впровадженням єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції визначено одним з програмних завдань, які виконані в усіх досліджуваних областях.

Ресурсні потужності центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом, які мали статус самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів у 2006-2016 роках, представлені у табл. 4.8.

Як видно з наведених даних, мережа зазначених закладів в Україні скоротилася з 23 до 18 од., однак в досліджуваних регіонах за цим показником ситуація залишалася незмінною. Показник зайнятості лікарських посад був високим (85,5 % в Україні у 2016 році, 100,0-94,9 % – в Одеській, 100,0 % – у

Херсонській області), як і укомплектованості лікарських посад фізичними особами, хоча в Херсонській області, незважаючи на позитивну динаміку, він виявився нижчим (83,3 %), ніж в Одеській (97,4 %) області. В Миколаївській області центр з профілактики та боротьби зі СНІДом як самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад за визначений період був відсутнім.

Таблиця 4.8.

Динаміка чисельності обласних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом (як самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів), зайнятість штатних лікарських посад та їх укомплектованість (у відсотках) у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років

Адміністративні території	Кількість закладів (од., абс.)		Зайнятість штатних лікарських посад (%)		Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами (%)	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Україна	23	18	85,4	85,5	70,1	69,4
Миколаївська область	-	-	-	-	-	-
Одеська область	1	1	100,0	94,9	105,9	97,4
Херсонська область	1	1	100,0	100,0	71,4	83,3

Зайнятість посад середнього медичного персоналу також наближалася до нормативної: 100,0 % в Херсонській області як у 2006 році, так і в 2016 році; 100,0 % і 90,0 % відповідно в Одеській області при показниках по Україні 83,5 % та 88,8 %.

При збереженні ресурсних потужностей число відвідувань до центрів профілактики та боротьби зі СНІДом на одну лікарську посаду за досліджуваний період зросло: по Україні – з 116,9 до 255,7 (на 118,7 %); по Одеській області – з 1893,5 до 2068,8 (на 9,3 %); по Херсонській області – з 443,1 до 1906,3 (на 330,2 %), що свідчило про зростання затребуваності послуг внаслідок нарощування масштабу епідемії.

Стаціонарна медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД забезпечувалася у 2006 році на 60 ліжках у Миколаївській області (Миколаївському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом) та на 50 ліжках – в Одеській області, де було проліковано відповідно 567 та 390 хворих, проведено ними 20271 та 16678 ліжко-днів.

У 2016 році чисельність ліжкового фонду в Миколаївській області скоротилася вдвічі, до 30 ліжок, а в Одеській області залишилася без змін. Було проліковано стаціонарно відповідно 595 та 887 хворих, проведено ними 11026 та 18079 ліжко-днів.

В м. Одеса функціонував впродовж періоду дослідження міський Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом Одеської міської ради.

Аналіз виконання регіональних програм з протидії захворюванню на ВІЛ-інфекцію/СНІД засвідчив, що основна мета, на яку були спрямовані програмні заходи - зниження рівня захворюваності й смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції – була досягнута лише частково у всіх досліджуваних регіонах.

Зокрема, помітного позитивного впливу на тягар хвороб та рівень смертності від захворювань, обумовлених ВІЛ-інфекцією, в регіонах дослідження не спостерігалось. Так, в Миколаївській області захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла з 74,2 на 100 тис. населення у 2015 році до 89,0 на 100 тис. населення у 2016 році, або на 19,9 %.

Показник смертності населення від захворювань, обумовлених ВІЛ, у 2016 році (25,2 на 100 тис. населення) значно перевищував цільовий показник 2016 року (9,9 на 100 тис. населення). Мало місце зниження впродовж 2009-

2016 року рівня смертності від коінфекції туберкульоз/СНІД з 18,3 до 9,9 на 100 тис. населення, однак показник залишався значно вищим цільового значення 4,5 на 100 тис. населення.

У Херсонській області в 2016 році захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла у порівнянні з 2015 роком на 12,3 %, хоча впродовж 2009-2015 років вона мала тенденцію до зниження; на 13,1 % зросла захворюваність на СНІД. Показник смертності від захворювань, обумовлених ВІЛ, у 2016 році становив 7,0 на 100 тис. населення проти 3,3 у 2015 році, тобто, зріс у 2,1 рази [227].

Показник смертності від туберкульозу серед хворих з коінфекцією туберкульоз/ВІЛ зріс з 4,3 на 100 тис. населення у 2009 році до 5,9 на 100 тис. населення у 2016 році, і таким чином, як і в Миколаївській області, перевищував цільовий показник програми для 2016 року – 4,5 на 100 тис. населення. В Одеській області в 2016 році померло хворих на туберкульоз від хвороби, зумовленої СНІДом – 11,6 на 100 тис. населення.

Відзначалася нестійка позитивна динаміка результативності послуг для хворих і осіб групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Відсоток охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію антиретровірусною терапією (АРТ) від активної диспансерної групи постійно зростав: в Херсонській області – від 48,3 % у 2013 році до 74,1 % у 2016 році; в Миколаївській області показник досягнув 74,8 % в 2013 році, 85,4 % – в 2016 році; в Одеській області протягом 2014 року приріст кількості осіб, які отримували АРТ в закладах охорони здоров'я становив 31,2 % (з 5142 осіб у 2014 році до 6744 осіб у 2015 році).

Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), і отримували АРТ, на кінець 2016 року в Миколаївській області становила 50,2 %, в Одеській – 28,43 %, Херсонській – 59,7 % від 90% тих ЛЖВ, хто отримав доступ до лікування.

Охоплення АРТ пацієнтів з коінфекцією туберкульоз/ВІЛ в Миколаївській області збільшилося до 77,9 % в 2016 році проти 69,4 % у 2013 році, а в Херсонській – навпаки зменшилося з 67,9 % до 59,6 %, в Одеській –

збільшилося з 52,7 % у 2013 році до 72,2 % в 2016 році при цільовому значенні показника для 2016 року у 55,0 %.

В цілому такі результати вказували на зростання доступності цільових груп населення до лікування, але повністю потреби в АРТ, за даними регіональних звітів з виконання програм, не задовольнялися [228-231].

Ефективність заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини впродовж періоду дії регіональних програм змінювалася: в Херсонській області фактичний показник у 2010-2013 роках щороку був кращим за цільове значення показника програми (1,0 %) і утримувався в межах 0,98 %, але в 2014 році зріс до 3,3 %; в Миколаївській області показник дорівнював 3,35 % в 2009 році, 3,14 % – в 2014 році з коливаннями за період спостереження від 3,59 до 4,3 %. В Одеській області у 2009 році було обстежено 60601 вагітну, з яких 32624 особи були первинно протестовані й серед них було виявлено 302 ВІЛ-інфікованих жінки [232].

Рівень інфікованості вагітних становив 0,93 %. У 2010 році обстежено на ВІЛ 62520 вагітних жінок, із них 33000 були обстежені вперше; виявлено 298 ВІЛ-інфікованих. Показник інфікованості становив 0,90 %. У 2011 році з 55281 протестованої жінки вперше обстежувалися 29653 вагітних, серед них було виявлено 248 ВІЛ-інфікованих. Показник інфікованості сягав 0,84 %, показник передачі ВІЛ від матері до дитини за 2014 рік склав 4,64 %, тобто програмний показник за період дослідження не був досягнутий.

Заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих груп демонстрували неоднозначність за тенденціями значень показників, що їх характеризували в межах регіональних програм. Так, в Миколаївській області відсоток охоплення профілактичними програмами людей, що використовують ін'єкційні наркотики (ЛВІН), зріс з 60,7 % до 76,4 %, а осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (ОСБ), знизився з 84,6 % до 76,6 %. Обсяг охоплення профілактичними програмами чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), зріс в цій області з 44,0 до 83,5 %.

В Одеській області профілактичні програми для ЧСЧ представлені лише на рівні м. Одеса та потребують розширення на обласний рівень. Послуги для жінок комерційного сексу (ЖКС) географічно представлені дещо краще, ніж для ЧСЧ, та надаються в близьких до Одеси курортних зонах, проте доречним є вивчення необхідності розширення послуг на інші райони області (за умови існування там ЖКС) та їх розширення за потреби. Недостатніми є й показники охоплення представників таких груп: 52,0 % ЖКС та 20 % ЧСЧ було охоплено профілактичними послугами протягом 2012 року. Розгалуженою є мережа послуг для СІН по області, однак доречним є розширення доступу до ЗПТ для даної групи, обмеженою є географічна доступність послуг ЗПТ, за рахунок дії трьох сайтів ЗПТ лише 56,0 % населення області за потреби має можливість дістатися до місць надання послуг ЗПТ протягом 60 хвилин. З огляду на цей факт, актуальним є питання відкриття нових сайтів ЗПТ в області. Доступність послуг АРТ є кращою та дозволяє майже 80,0 % населення за необхідності дістатися до місць надання АРТ протягом 60 хвилин [233].

У Херсонській області в 2011-2015 роках відсоток охоплення профілактичними програмами ЛВІН зріс з 31,7 % до 50,0 %. В той же час обсяг охоплення профілактичними програмами ОСБ зменшився з 64,5 % до 50,0 %, а ЧСЧ – зменшився на 25,6 %.

Цільові показники з профілактичних програм передбачали охоплення не менше 80,0% осіб відповідних контингентів, отже, досягнуті результати не відповідали очікуванім, що зберігало загрозу для осіб груп підвищеного ризику досліджуваних регіонів щодо інфікування ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, вірусними гепатитами та ІПСШ.

Програмними заходами з догляду людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Херсонській області було охоплено 37,5 % осіб даного контингенту у 2013 році, а в 2016 році він збільшився до 69,8 %. В Миколаївській області показник у 2016 році дорівнював 54,5 %, в Одеській області дані по усім районам засвідчили значно нижчий рівень цього показника за цільове значення програми у 80,0 %. В районах Одеської області послуги для ЛЖВ представлені досить

щільно, однак в багатьох районах вони обмежуються послугами з консультування в кризових ситуаціях та перенаправлення до інших фахових служб. При цьому охоплення групи ЛЖВ послугами залишається нижчим 60,0 %. Згідно з даними Мережі людей, які живуть з ВІЛ, послугами з догляду і підтримки у 2012 році було охоплено 6024 ЛЖВ (45,7 % від загальної кількості ЛЖВ на обліку), а станом на жовтень 2013 року охоплення послугами ЛЖВ сягає 57,0 % [234].

Виявлено, що мали місце певні позитивні зрушення в організації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД, особам з груп підвищеного ризику, що вплинуло на її доступність і якість визначеним контингентам, але існував ряд невирішених питань.

Встановлено, що за період виконання регіональних програм відбувалися процеси децентралізації послуг хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД шляхом збільшення кількості закладів охорони здоров'я та/або їх структурних підрозділів з видачі АРТ, що підвищило її доступність мешканцям не лише обласних центрів, але й районів.

У 2013 році у Миколаївській області було 10 таких закладів, Одеській – 13, Херсонській – 3. На кінець 2016 року у Миколаївській області послуги видачі АРТ надавалися у всіх 22-х адміністративних територіальних одиницях області, функціонувало 12 сайтів АРТ (по одному – в обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, міському ЦПМД та в обласному протитуберкульозному диспансері, 9 – на базі центральних районних лікарень).

В Одеській області функціонувало 35 пунктів видачі АРТ (з урахуванням семи пунктів надання АРТ Одеського міського центру СНІДу); в Херсонській області працювало 11 сайтів АРТ-терапії, 10 – пунктів видачі АРВП. Зберігалася потреба у збільшенні числа сайтів АРТ в Херсонській області, що слугувало причиною відмови від АРТ частини мешканців сільської місцевості внаслідок віддаленості місця проживання.

Виявлено, що в досліджуваних регіонах впроваджені інтегровані послуги, коли пацієнт може отримати при зверненні в одному місці АРТ, профілактичне

лікування туберкульозу, за необхідності, препарати замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) для ЛВІН, послуги з консультування і тестування, соціального супроводу, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, постконтактної профілактики ВІЛ, діагностики, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, вірусних гепатитів В і С, консультування з питань планування сім'ї тощо.

В той же час інтегрована медична допомога надавалася переважно в закладах охорони здоров'я третинної медичної допомоги. Перелік послуг був обмеженим в закладах, що надавали вторинну медичну допомогу, як і координація діяльності між інфекційною та фтизіатричною службами районів із супроводу хворих з коінфекцією, які отримують АРТ. Проблема ускладнювалася дефіцитом кадрового забезпечення кабінетів «Довіра», зокрема, соціальними працівниками і психологами, та лікарями-інфекціоністами кабінетів інфекційних захворювань для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, що вказувало на невиконання відповідних програмних заходів у повному обсязі.

У досліджуваних регіонах налагоджена доступність до швидкого тестування на ВІЛ в закладах ПМСД, однак відсоток осіб, яким були доступні ці послуги, досягав у 2016 році не більше 25,0 % при цільовому показникові 40,0 %. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі обмежено долучалися до заходів щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ВІЛ-інфікованими, послуг з догляду та підтримки.

В регіонах досягнута децентралізація профілактичних послуг щодо інфікування ВІЛ для ЛВІН та ОСБ, які ці групи ризику можуть отримувати як за місцем проживання, так і центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. В той же час мав місце низький рівень децентралізації профілактичних послуг для ЧСЧ, які переважно надавалися в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію проводилося у регіонах закладами й структурними підрозділами, що надають акушерсько-гінекологічну, фтизіатричну, наркологічну, дерматовенерологічну допомогу та

власне закладами, що надають медичну допомогу хворим з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (обласні й міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом, кабінети інфекційних захворювань, кабінети «Довіра»). Однак виявлено, що внесок кожної служби був різним за обсягом; найвище навантаження припадало на акушерсько-гінекологічну службу та спеціалізовані заклади, що надають медичну допомогу хворим з ВІЛ-інфекцією/СНІД.

До складу програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2012–2016 роки включені заходи щодо профілактики захворюваності на вірусні гепатити В і С та інфекції, що передаються статевим шляхом, для ВІЛ-інфікованих та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

До груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ відносяться особи, які одночасно є групою ризику захворюваності на вірусні гепатити В і С: ЛВІН; особи, які перебувають в місцях позбавлення волі; медичні працівники, які контактують з кров'ю. Програмними заходами передбачалося проведення досліджень на маркери вірусних гепатитів В і С для груп підвищеного ризику. Однак в межах регіональних програм інформації про виконання даних заходів не представлено. Разом з тим, виконання заходів щодо вірусних гепатитів В і С регулювалося в регіонах дослідження, як і загалом в Україні, на державному рівні [236].

Встановлено, що на виконання державної програми в кожному досліджуваному регіоні було розроблено та затверджено відповідні заходи з виконання програми в області, зокрема, в адміністративних районах. Створені структурні підрозділи з централізованого виконання функцій, що забезпечували реалізацію заходів регіональних програм: в Миколаївській області – обласний консультативно-лікувальний центр хронічних вірусних гепатитів та комісія з відбору на лікування хворих на хронічні вірусні гепатити; в Одеській – Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, гепатологічний центр в інфекційній лікарні Одеської міської ради (для мешканців м. Одеса) та комісія з відбору на лікування хворих на вірусні гепатити В та С; у Херсонській

– центр хронічних вірусних гепатитів в структурі обласної інфекційної лікарні ім. Горбачевського.

Диспансерний нагляд хворих та лікувально-діагностична допомога хворим на хронічні вірусні гепатити здійснювалася в профільних обласних центрах, обласних і міських інфекційних лікарнях, кабінетах інфекційних захворювань та інфекційних відділеннях центральних районних лікарень.

В обласних центрах хронічних вірусних гепатитів сформовано регіональні електронні реєстри хворих на хронічні вірусні гепатити В і С, які перебувають під постійним медичним наглядом. Однак форми реєстрів були розроблені самостійно на розсуд спеціалістів у кожному регіоні, а отже, не були уніфікованими.

За рахунок коштів державного бюджету на виконання регіональних заходів програми проводилася закупівля лікарських засобів для лікування хворих на вірусні гепатити В і С та закупівля вакцини проти вірусного гепатиту В. Зокрема, в Миколаївській області в 2015 році було взято на лікування 112 хворих на хронічний гепатит В та 206 хворих на хронічний гепатит С, в Херсонській проліковано 110 хворих. Вакциновано проти гепатиту у Миколаївській області - 1844 медичних працівника, які за змістом роботи мали контакт з кров'ю, як представників уразливих верств населення; в Херсонській області - 3208 осіб.

В Одеській області жодного медичного працівника в межах запланованих заходів вакциновано не було. В Одеській області в 2018 році 6763 ВІЛ-позитивних пацієнтів було обстежено на маркери вірусних гепатитів В і С, за рахунок міжнародного фонду у 2015 році було вакциновано 369 осіб проти вірусного гепатиту В.

Протягом 2019 року були закуплені тест-системи для діагностики вірусних гепатитів у кількості 785 наборів за рахунок коштів бюджету м. Одеси на суму 1200,0 тис.грн. Протягом 2019 року були придбані препарати для лікування пацієнтів, у яких визначено гепатит СП 4 генотипів: Софген-Л у кількості 371 упаковки, проліковано 124 пацієнта; Вірпас у кількості 238

упаковок, проліковано 80 пацієнтів. Для лікування пацієнтів із вірусним гепатитом С (2, 3 генотип та 1, 4 генотип) було придбано: Софген – 192 уп., Вірдак – 192 уп. Отримали лікування 64 пацієнта. Для лікування хворих із 1 і 4 генотипами було додатково закуплено препарат «Вірпас», завдяки чому отримували лікування 38 пацієнтів.

В регіонах на виконання програмних заходів проводилася інформаційно-освітня робота серед населення за різними формами з питань профілактики та діагностики хронічних вірусних гепатитів, забезпечувалася можливість проведення науково-практичних конференцій за участю лікарів терапевтів, інфекціоністів, лікарів-загальної практики-сімейних лікарів, чим формувалися підходи до інтегрованої медичної допомоги хворим на вірусні гепатити та населенню груп підвищеного ризику.

Разом з тим виявлено, що заходами не забезпечувався доступ широких верств населення, зокрема, груп підвищеного ризику, до діагностики вірусних гепатитів В і С, зокрема, з причини відсутності належного лабораторного обладнання, витратних матеріалів і реагентів, на які для регіонів не виділялися кошти з державного бюджету. Внаслідок цього обласні й районні державні адміністрації вимушені були виділяти кошти з місцевих бюджетів, але в обмеженій кількості, оскільки таких зобов'язань на місцеві державні адміністрації державною програмою не покладалося.

Частина коштів надходила як благодійна допомога (в Одеській області); в Херсонській області виділялися кошти з обласного бюджету для закупівлі реагентів для якісного і кількісного визначення гепатитів В і С методом ПЛР. Одночасно діагностичні дослідження на наявність вірусу гепатитів В і С проводилися в цих областях за рахунок власних коштів громадян у приватних лабораторіях, а в Миколаївській області – виключно у такий спосіб.

Матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я та діагностичних лабораторій щодо діагностики та моніторингу лікування вірусних гепатитів в межах програми не оновлювалася.

Таким чином, завдяки програмно-цільовому підходу до профілактики і протидії соціально значущим інфекційним захворюванням, здійснено певні позитивні зрушення в організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз, вірусні гепатити В і С. Однак заплановані заходи виконувалися не в повному обсязі, очікуваних програмних показників не досягнуто, що негативно позначилося на захворюваності, поширеності та смертності населення України від даної групи захворювань.

4.2.3. Організація медичної допомоги хворим на інфекції, що передаються статевим шляхом

Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД передбачена координація заходів з протидії ВІЛ-інфекції, яка можлива за умови міжсекторальної взаємодії закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів, що надають медичну допомогу за різними профілями/спеціальностями: центрів профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, кабінетів «Довіра», туберкульозних, акушерсько-гінекологічних, наркологічних, дерматовенерологічних, первинної медичної допомоги та інших. Це відображено в заходах програми, якими визначено забезпечення доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до профілактичних послуг, профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків з урахуванням гендерно орієнтованого підходу, профілактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людей, які живуть з ВІЛ, забезпечення діагностики і лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ускладнень у хворих на ВІЛ-інфекцію, інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на запобігання ВІЛ/СНІДу та формування навичок здорового способу життя.

Зазначені підходи свідчать про взаємозв'язок програмних заходів, спрямованих не лише на профілактику і протидію поширення ВІЛ-

інфекції/СНІДу, але й інших захворювань, які мають спільні з ВІЛ шляхи і фактори передачі та групи підвищеного ризику населення щодо захворюваності на зазначені хвороби. Зокрема, до таких патологій належать як вірусні гепатити В і С, так і інфекції, що передаються статевим шляхом. Відомо, що вони є більш поширеними в популяції ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД осіб, ніж в загальній популяції. Тому слід вважати, що програмні заходи забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД відтворюють також і заходи з профілактики захворюваності та надання медичної допомоги хворим на ІПСШ, поруч з усталеними підходами до організації її надання даному контингенту пацієнтів.

Встановлено, що за 2006-2016 роки ресурсне забезпеченні закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на ІПСШ, відбувалися аналогічним чином, як і в загальній мережі закладів охорони здоров'я, а саме, шляхом приведення чисельності ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів до потреб населення у цій допомозі.

Основною структурною одиницею мережі закладів охорони здоров'я, що надавали дерматовенерологічну допомогу, залишалися шкірно-венерологічні диспансери. Зміни їх ліжкового фонду впродовж 2006-2016 років представлені в табл. 4.9.

Отже, за наведеними в табл. 4.9 даними, ліжковий фонд шкірно-венерологічних диспансерів впродовж зазначеного періоду скоротився у всіх досліджуваних областях, як і в Україні в цілому, але в різних обсягах: на 23,3 % – у Миколаївській, на 17,6 % – в Одеській та на 66,7 % – в Херсонській області при показникові скорочення по галузі – 53,9 % та збереженні чисельності закладів в кожній області.

Така статистика відображала загальні тенденції в галузі щодо впорядкування ліжкового фонду, зокрема, завдяки тому, що в шкірно-венерологічних диспансерах набули широкого впровадження такі позалікарняні форми медичної допомоги, як денні стаціонари та стаціонари вдома.

Динаміка лікарських посад в мережі шкірно-венерологічних диспансерів у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні у 2006 - 2016 роках представлена у табл. 4.10.

Таблиця 4.9.

Динаміка чисельності закладів та ліжкового фонду шкірно-венерологічних диспансерів у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років (у відсотках)

Адміністративні території	Число закладів (од., абс.), ліжок в них (од., абс.), роки				Динаміка ліжкового фонду 2016/2006 (%)
	Кількість закладів		Кількість ліжок		
	2006	2016	2006	2016	
Україна	80	55	4590	2115	-53,9
Миколаївська область	1	1	150	115	-23,3
Одеська область	3	3	170	140	-17,6
Херсонська область	1	1	120	40	-66,7

Як показали результати медико-статистичного аналізу даних табл. 4.10, в Україні загалом та в Миколаївській і Одеській областях, зокрема, одночасно зі скороченням ліжкового фонду скорочувалася і чисельність лікарських посад: з 47,0 до 45,75 (на 2,7 %) в Миколаївській та з 129,75 до 122,25 (на 5,8 %) – в Одеській області. В той же час при суттєвому скороченні ліжкового фонду чисельність лікарських штатних посад в Херсонській області зросла з 26,75 до 30,75, або на 14,9 %.

Зайнятість та укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів також набула певних змін (табл. 4.11).

Таблиця 4.10.

Динаміка чисельності лікарських посад в мережі шкірно-венерологічних диспансерів у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006-2016 років (абс.)

Адміністративні території	Роки, посади (чисельність, абс.), фізичних осіб (кількість, абс.)					
	2006			2016		
	штатні	зайняті	фізичних осіб	штатні	зайняті	фізичних осіб
Україна	1914,25	1810,0	1558	1379,75	1251,25	1100
Миколаївська область	47,0	47,0	34	45,75	40,25	35
Одеська область	129,75	121,0	124	122,25	112,5	101
Херсонська область	26,75	26,75	22	30,75	30,75	22

Аналіз представлених даних дозволив стверджувати, що, незважаючи на кращу в цілому ситуацію з кадровими ресурсами у шкірно-венерологічних диспансерах в порівнянні з такою у протитуберкульозних, зайнятість штатних посад лікарів у Миколаївській та Одеській областях, як і в Україні, за результатами скорочення ліжкового фонду, помірено зменшилася, за виключенням Херсонської області, де вона залишалась на рівні 100,0 %. Укомплектованість лікарських посад фізичними особами також скоротилася, за виключенням Миколаївської області (зростання з 72,3 % до 76,5 %), але залишалася не повною.

Зайнятість штатних посад середнього медичного персоналу скоротилася у Миколаївській та Одеській областях, як і в Україні, та зберігалася незмінною (100,0 %) у Херсонській області.

Таблиця 4.11.

Динаміка зайнятості та укомплектованості штатних посад фізичними особами лікарів та середнього медичного персоналу шкірно-венерологічних диспансерів у Миколаївській, Одеській, Херсонській областях та Україні за період 2006 - 2016 років (у відсотках)

Адміністративні території	Роки, зайнятість/укомплектованість фізичними особами посад (%)					
	2006			2016		
	лікарі		середній персонал	лікарі		середній персонал
	Зайнятість	укомплектованість	зайнятість	Зайнятість	укомплектованість	зайнятість
Україна	94,5	81,4	94,3	90,7	79,7	88,5
Миколаївська область	100,0	72,3	100,0	87,9	76,5	87,9
Одеська область	93,3	95,6	88,3	92,0	82,6	74,9
Херсонська область	100,0	82,2	100,0	100,0	71,5	100,0

Загалом у 2006 році забезпеченість населення України лікарями-дерматовенерологами становила 0,64 на 10 000 населення, зокрема, в Миколаївській області – 0,54, в Одеській – 0,83, в Херсонській – 0,54 на 10 000 населення. У 2016 році показник по Україні зменшився до 0,56, в Миколаївській області залишився сталим – 0,54 на 10 000 населення, в Одеській – скоротився до 0,70, а в Херсонській області – до 0,44 на 10 тис. населення. Відтік лікарських кадрів із мережі пояснювався різними причинами, зокрема,

переходом в інші види зайнятості, наприклад, надання косметологічної допомоги.

Окрім шкірно-венерологічних диспансерів, в галузевій мережі функціонували три дерматовенерологічні лікарні, дві з яких – в Одеській області (м. Київ, м. Одеса, м. Ізмаїл Одеської області).

Робота ліжка для хворих шкірно-венеричними хворобами за показником середньої зайнятості в досліджуваних регіонах була наступною: в Миколаївській області в 2006 році – 351,5, у 2016 році – 363,3; в Одеській області відповідно 347,3 та 363,8; в Херсонській – 259,9 та 265,95 при загальноукраїнському показникові 320,9 та 309,53. Тобто, в Миколаївській і Одеській областях показники зайнятості ліжка за досліджуваний період погіршилася, оскільки значно перевищували рекомендовані для закладів такого типу та середні показники по галузі, а отже, використовувалися нераціонально.

Середня тривалість перебування хворих шкірно-венеричними хворобами на ліжках виявилася значною і становила у 2016 році в Миколаївській області 14,63, Одеській – 16,13, Херсонській – 13,69; середній показник по галузі дорівнював 15,20, що також вказувало на нераціональне використання ліжкового фонду.

Виявлені зміни показників діяльності ліжок для лікування хворих з дерматовенерологічними захворюваннями мали місце в зв'язку зі зменшенням потреби хворих в стаціонарному лікуванні, про що засвідчили дані про кількість хворих, що поступили на лікування: у 2006 році на профільні ліжка стаціонарів Миколаївської області поступило 3327 хворих, а в 2016 році – 2805 осіб; Херсонської області – відповідно 2026 осіб та 772 особи. Лише в Одеській області чисельність хворих незначно зросла – з 3129 до 3291 особи. По галузі в цілому також простежувалася тенденція до помітного зменшення числа осіб, які надійшли на стаціонарне лікування, – з 82471 до 44038 осіб.

Відомо, що попит на стаціонарне лікування міг зменшитися в зв'язку з впливом різних факторів, таких як соціально-економічна і військова ситуація в країні, розвиток альтернативних стаціонарній форм медичної допомоги,

зменшення рівня захворюваності в цілому, як спостерігалось стосовно захворюваності на гонорею і сифіліс. В будь-якому разі штучне утримання стаціонарних ліжок при зменшенні попиту на стаціонарну допомогу вимагало перегляду підходів до організації стаціонарної допомоги хворим на шкірно-венеричні захворювання як складової (в частині венеричних) соціально значущих інфекційних захворювань.

Матеріально-технічна база шкірно-венерологічних диспансерів досліджуваних областей включала, крім спеціалізованих ліжок і медичних кадрів, фізіотерапевтичні відділення, клініко-діагностичні лабораторії, анонімні госпрозрахункові кабінети, відділення соціальних послуг дітям та молоді груп ризику, можливості проведення бактеріологічних, серологічних, імунологічних, цитологічних, біохімічних досліджень [236]. У Миколаївському міському шкірно-венерологічному диспансері не було лабораторного комплексу для проведення серологічних досліджень на сифіліс методом ІФА (аналізатора, дозуючих пристроїв, змішувача). Не виділено окремого приміщення для проведення ІФА у Миколаївському обласному шкірно-венерологічному диспансері.

В регіонах дослідження, як і в Україні загалом, впродовж періоду спостереження функціонувала мережа спеціалізованих кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах, що також впливало на рівень потреб населення у стаціонарній допомозі відповідного профілю (табл. 4.12).

Як видно з даних таблиці 4.12, при загальному скороченні числа дерматовенерологічних кабінетів в амбулаторно-поліклінічних закладах України, в Миколаївській області їх чисельність зросла з 23 до 25 од.; в Одеській області – незначно зменшилася з 49 до 46 од., як і в Херсонській – з 21 до 19 од. Доступність амбулаторно-поліклінічної допомоги пацієнтам з потребами у дерматовенерологічній допомозі впродовж періоду дослідження також забезпечувалася кабінетами «Довіри», анонімного обстеження та лікування в складі профільних диспансерів, а також в центрами по боротьбі з

ВІЛ/СНІДом та певною мірою лікарями загальної практики - сімейними лікарями.

Таблиця 4.12.

Динаміка чисельності дерматовенерологічних кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах Миколаївської, Одеської, Херсонської областей та України за період 2006-2016 років

Адміністративні території	Кількість дерматовенерологічних кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах (од., абс.)	
	2006	2016
Україна	928	790
Миколаївська область	23	25
Одеська область	49	46
Херсонська область	21	19

Ефективність діяльності закладів дерматовенерологічної служби характеризується, зокрема, показниками активності виявлення венеричних захворювань (табл. 4.13).

Як демонструють наведені дані, активність закладів охорони здоров'я усіх досліджуваних регіонів з виявлення сифілісу при профілактичних обстеженнях знизилася як по загальному числу випадків, так і по виявленню випадків раннього сифілісу, при аналогічній ситуації по Україні в цілому. Зменшився також відсоток виявлення пізнього сифілісу при профілактичних оглядах в Миколаївській області, хоча в галузі і в регіонах мало місце зростання питомої ваги випадків пізнього сифілісу в загальній структурі захворюваності.

Активність виявлення гонококової інфекції виявилася протилежною в порівнянні з виявленням сифілісу (табл. 4.14).

Важливим в профілактиці венеричних захворювань є профілактичне лікування контактних осіб. Дані про проведені лікування сифілісу та гонококової інфекції обстеженим контактним особам наведено у таблиці 4.15.

Таблиця 4.13.

Виявлення сифілісу при профілактичному обстеженні та інших видах диспансерної роботи (з числа хворих з вперше в житті встановленим діагнозом, у відсотках)

Адміністративні території	Роки, активно виявлені випадки (%)					
	усі випадки		у т. ч. ранній сифіліс		у т. ч. пізній сифіліс	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Україна	77,6	72,0	76,6	67,4	93,2	89,4
Миколаївська область	86,0	75,3	85,7	74,7	100,0	75,0
Одеська область	74,6	73,8	74,4	73,3	90,0	100,0
Херсонська область	86,3	61,1	85,6	53,6	100,0	100,0

Проведення лікування сифілісу контактним особам, як засвідчили дані табл. 4.15, охоплювало значно менший контингент у 2016 році, ніж у 2006 році, як і гонококової інфекції у досліджуваних регіонах.

Отримані дані загалом показали погіршення профілактичної роботи стосовно захворювань, що передаються статевим шляхом. Це підтримувало загрози поширення коінфекцій, зокрема, ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально значущих інфекційних захворювань.

Таблиця 4.14.

Виявлення гонококової інфекції при профілактичному обстеженні та інших видах диспансерної роботи (з числа хворих з вперше в житті встановленим діагнозом, у відсотках)

Адміністративні території	Роки, активно виявлені випадки гонококової інфекції (%)	
	2006	2016
Україна	30,9	48,9
Миколаївська область	18,3	26,6
Одеська область	5,9	48,6
Херсонська область	20,9	30,3

Таблиця 4.15.

Контактні обстежені особи (у відсотках), яким проведено лікування сифілісу та гонококової інфекції

Адміністративні території	Роки, хвороби, проведено лікування, контактних осіб (%)			
	сифіліс		гонококова інфекція	
	2006	2016	2006	2016
Україна	16,9	13,0	23,0	26,4
Миколаївська область	16,9	4,8	11,2	1,0
Одеська область	69,9	13,5	47,8	19,9
Херсонська область	37,3	15,9	57,1	17,5

4.3. Результати дослідження задоволеності медичною допомогою хворих на СЗІЗ (на прикладі хворих на коінфекцію ВІЛ/ПСПШ)

Виконання завдань, визначених програмою дослідження, передбачало проведення анкетного опитування цільової категорії пацієнтів, хворих на СЗІЗ, з метою оцінки їх задоволеності якістю отриманої медичної допомоги.

З огляду на те, що існують певні спільні патерни поведінки пацієнтів з різними СЗІЗ, в якості типової була взята когорта ЛЖВ, які потребували допомоги лікаря-дерматовенеролога з приводу інфекцій, що передаються статевим шляхом. Дослідження проводилося за методикою, викладеною у Розділі 2 дисертаційної роботи.

Аналіз демографічних характеристик респондентів засвідчив, що із загальної кількості анкет, що піддавались аналізу за результатами опитування (389 од.), були заповнені респондентами, що живуть з ВІЛ, чоловічої статі – 201 (51,7±2,5 %), жіночої – 188 (48,3±2,5 %) од [237].

За віковими характеристиками опитані особи розподілилися наступним чином: молодше 29 років – 57 (14,7±1,8 %) осіб; 30-39 років – 116 (29,8±2,3 %) осіб; 40-49 років – 125 (32,1±2,4 %) осіб; 50-59 років – 83 (21,3±2,1 %) особи; 60 років і старше – 8 (2,1±0,7 %) осіб від усієї вибірки (рис. 4.1).

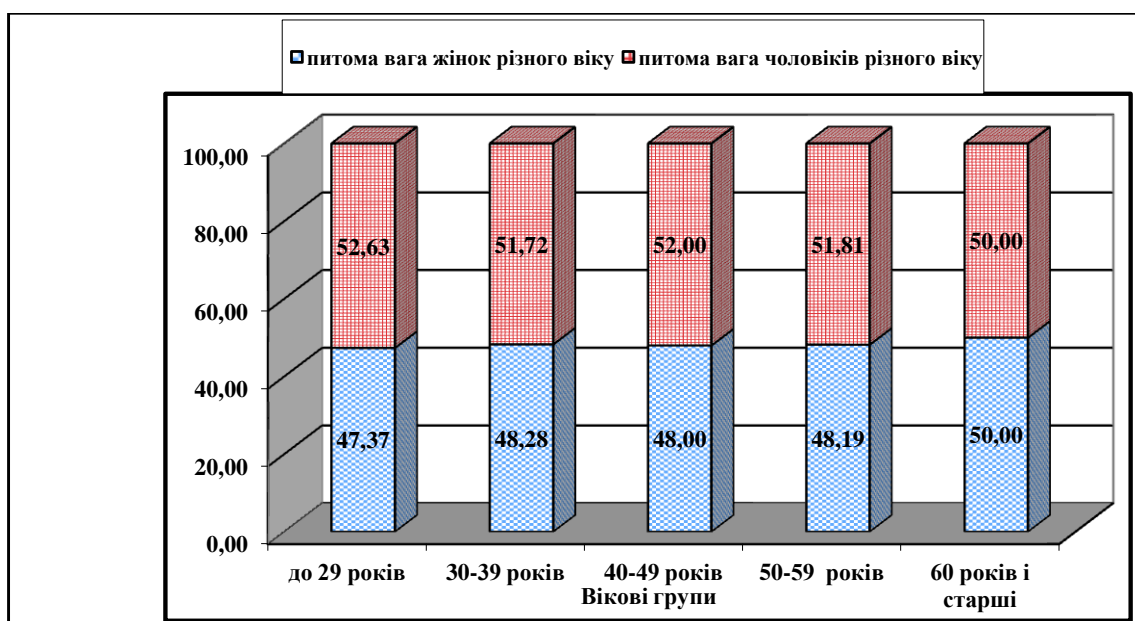


Рис. 4.1. Розподіл респондентів за віком і статтю (у відсотках).

Подальший аналіз показав, що з числа респондентів не отримали навіть середньої освіти 12 (3,1±0,9 %) осіб; 130 (33,4 ±2,4 %) осіб зазначили, що мають неповну середню освіту; 207 (53,2±2,5 %) опитаних здобули середню або середню спеціальну освіту; 27 (6,9±1,3 %) респондентів мали освіту бакалавра, а 13 (3,3±0,9 %) – вищу освіту магістра або спеціаліста.

Таким чином, більше половини опитаних були пацієнтами з середньою або середньою спеціальною освітою, однак решту респондентів, крім незначної частки осіб з вищою освітою, можна охарактеризувати як людей недостатньо освічених, а можливо, з низьким рівнем інформованості з певних питань, пов'язаних з безпечною поведінкою (рис. 4.2).

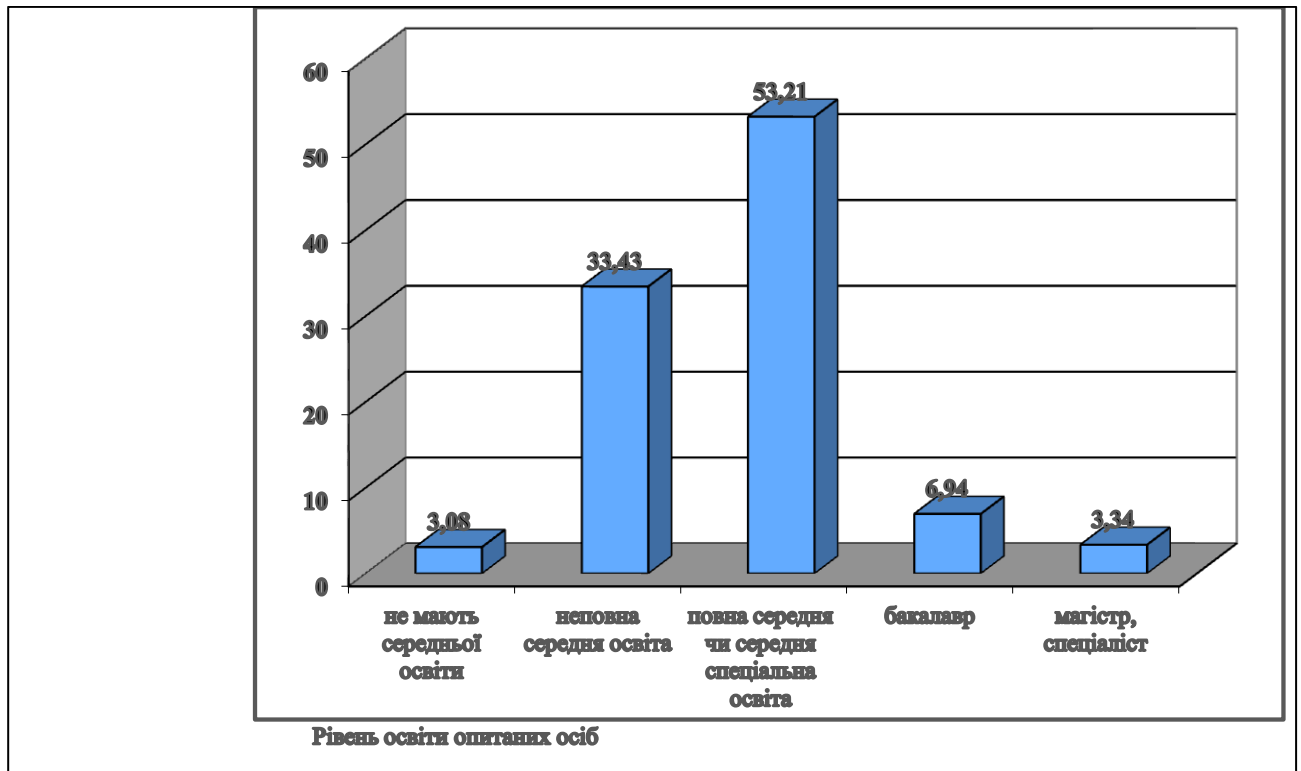


Рис. 4.2. Розподіл респондентів за рівнем освіти (у відсотках).

Серед опитаних мали постійне місце роботи 94 (24,2±2,2 %) особи; не мали постійного місця роботи 128 (32,9±2,9 %) осіб; не працювали у зв'язку з навчанням за денною формою – 11 (2,8±0,8 %) респондентів; непрацюючих пенсіонерів нараховано 41 (10,5±1,6 %); не працювали у зв'язку з тимчасовою

непрацездатністю – 36 (9,3±1,5 %) опитаних, а внаслідок інвалідності – 46 (11,8±1,6 %); не працювали з інших причин – 33 (8,5±1,4 %) (рис. 4.3).

За даними опитування, самостійно звернулися до лікаря-дерматовенеролога 117 (30,1±2,3 %) респондентів; за направленням сімейного лікаря – 79 (20,3±2,0 %) осіб; були направлені лікарем іншої спеціальності – 193 (49,6±2,5 %) особи.

У 33 (8,5±1,4 %) з числа опитаних потреба в допомозі лікаря-дерматовенеролога виникла менше місяця тому, у 74 (19,0±2,0 %) осіб – протягом останніх 1-3 місяців, у 66 (17,0±1,9 %) пацієнтів – протягом останніх 4-6 місяців, у 96 (24,7±2,2 %) – протягом останніх 6-12 місяців; більше року тому зверталися 120 (30,8±2,3 %) респондентів.

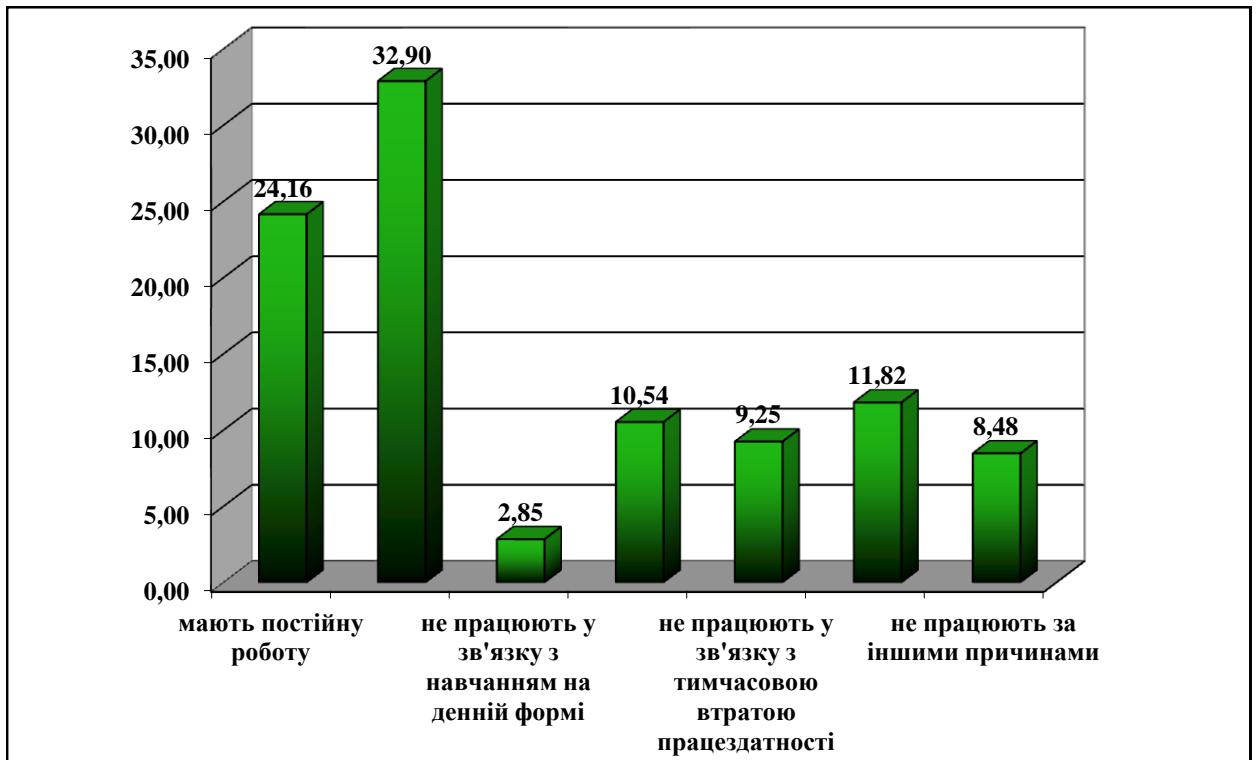


Рис. 4.3. Розподіл респондентів за видами зайнятості (у відсотках).

Отримані відповіді засвідчили про постійний характер звернення ВІЛ-інфікованих осіб за допомогою до лікаря-дерматовенеролога, оскільки близько 70,0 % опитаних у відносно недавні терміни мали таку необхідність. Звідси

висновок про наявність відповідних стереотипів поведінки, присутності, в певній мірі, епізодів поведінкового ризику у даної категорії осіб, що тривають.

Результати опитування показали, що у 25 (6,4±1,2 %) респондентів поки не виникла необхідність в отриманні АРТ; до 1 року приймали лікування 76 (19,5±2,0 %) опитаних; від 1 до 5 років знаходяться на АРТ 149 (38,3±2,5 %) пацієнтів. Отримують терапію від 6 до 10 років 109 (28,0±2,3 %) учасників опитування; перебувають на АРТ більше 10 років 30 (7,7±1,4 %) осіб (рис. 4.4).

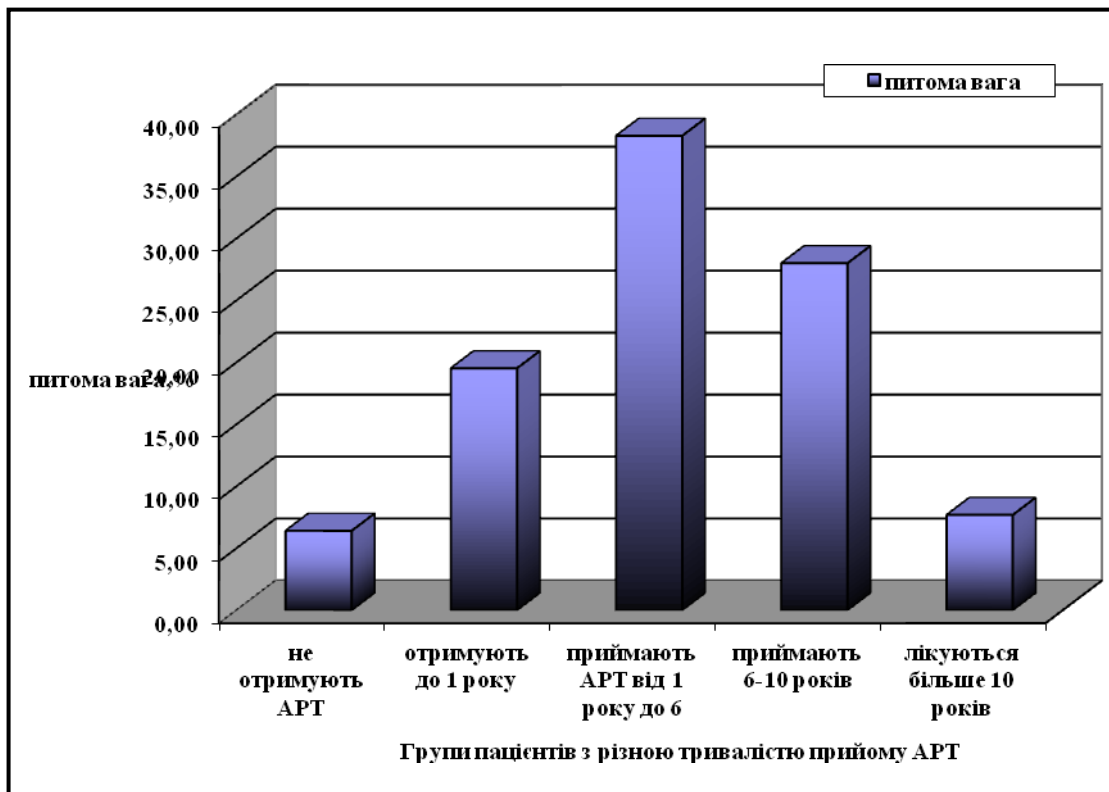


Рис. 4.4. Розподіл респондентів в залежності від тривалості прийому АРТ (у відсотках).

Повну задоволеність територіальною доступністю лікаря-дерматовенеролога висловили 68 (17,5±1,9 %) опитаних; задоволеність – 72 (18,5±2,0 %) особи; часткову задоволеність відзначили 173 (44,5±2,5 %) респонденти; абсолютно незадоволеними залишилися 76 (19,5±2,0 %) осіб.

Таким чином, більше половини опитаних – 249 (64,0±2,4 %) респондентів – відчували труднощі щодо доступності медичної допомоги лікаря-дерматовенеролога внаслідок віддаленості проживання від закладу, де ведеться прийом даного спеціаліста.

При оцінці умов, де надається дерматовенерологічна допомога, лише 14 (3,6±0,9 %) опитаних висловили свою повну задоволеність ними. Загалом задоволеними залишалися, за їх відповідями, 199 (51,2±2,5 %) пацієнтів, а частково – 55 (14,1±1,8 %) опитаних. Повну незадоволеність зазначили у своїх відповідях 121 (31,1±2,3 %) респондент.

Повнотою наданої інформації лікарем-дерматовенерологом про стан здоров'я, потреби в медичній допомозі та можливості задоволення цих потреб виявилися повною мірою задоволеними 70 (18,0±1,9 %) пацієнтів, задоволеними – 109 (28,0±2,3 %), часткову задоволеність констатували 155 (39,8±2,5 %) опитаних, а незадоволеність – 55 (14,1±1,8 %). Таким чином, більше половини опитаних – 210 (54,0±2,5 %) осіб – відчували дефіцит інформації при контакті з лікарем-дерматовенерологом.

Цілковиту фінансову доступність спеціалізованої медичної допомоги з приводу ПСШ відзначили 78 (20,1±2,5 %) респондентів; скоріше доступною, ніж не доступною за фінансовим критерієм була дерматовенерологічна допомога для 108 (27,8±2,3 %) опитаних; скоріше не доступною, ніж доступною – для 152 (39,1±2,5 %) осіб; повну недоступність в зв'язку з високою вартістю визнав дерматовенерологічну допомогу 51 (13,1±1,7 %) пацієнт. Таким чином, матеріальну сторону питання відзначили як недоступну цілком або частково загалом 203 (52,2±2,5 %) пацієнти.

Результатом медичної допомоги як одним з основних критеріїв її якості виявилися повністю задоволеними, за анкетними відповідями, 96 (24,6±2,2 %) пацієнтів, висловили задоволеність 117 (30,1±2,3 %) осіб, частково залишилися задоволеними 157 (40,4±2,5 %) респондентів, були незадоволеними 19 (4,9±1,1 %) учасників опитування. Разом 176 (45,2±2,5 %) пацієнтів не отримали

очікуваної за результатом спеціалізованої медичної допомоги з приводу супутньої патології.

Загалом залишилися повністю задоволеними відвідуванням лікаря-дерматовенеролога 76 (19,5±2,0 %) респондентів; задоволеними – 93 (23,9±2,2 %) особи; частково задоволеними – 175 (45,0±2,5 %) пацієнтів; зовсім незадоволеними – 45 (11,6±2,6 %) осіб. Таким чином, загалом 220 (56,6±2,5 %) опитаних виявилися частково або повністю не задоволеними відвідуванням лікаря-дерматовенеролога.

Висновки до розділу 4

1. Встановлено, що організація надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ регулювалася на державному, регіональному та місцевому рівнях програмно-цільовим методом, однак вагомою проблемою на шляху досягнення цільових показників в регіонах дослідження став брак фінансування запланованих заходів: виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2014-2018 роках з державного бюджету забезпечувалося на 87,6 %, з місцевих бюджетів – на 39,2 %, а програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки – в середньому на 83,4 %.

2. Виявлено, що неповний обсяг виконання програмних заходів вплинув на рівні захворюваності та поширеності туберкульозу, ВІЛ-інфекції й коінфекції туберкульоз/ВІЛ: захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД дорівнювала в Миколаївській, Одеській, Херсонській областях відповідно 74,9; 109,2; 48,4 на 100 тис. нас., на вперше діагностований туберкульоз – відповідно 57,5; 115,2; 65,3 на 100 тис. нас.; на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ – відповідно 14,4; 52,6; 11,9 на 100 тис. нас., що перевищувало середні показники по галузі по завершенні програми.

3. Показано, що недофінансування програм з профілактики та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та коінфекції туберкульоз/ВІЛ призвело до обмеження профілактичних і діагностичних заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері

до дитини (показник інфікування у Миколаївській області – 3,59-4,3 %, Одеській – 4,64 %, Херсонській – 3,3 % при програмному показникові 1,0 %). Охоплення профілактичними програмами осіб з груп ризику не досягало програмного показника 80,0 %. Обстеження на маркери вірусних гепатитів В і С груп підвищеного ризику за бюджетні кошти не проводились.

4. З'ясовано, що інтегровані послуги хворим на СЗІЗ надавалися переважно в закладах третинної медичної допомоги; децентралізація послуг ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД, особам з груп ризику, особам, хворим на туберкульоз була обмеженою, як і вільний доступ осіб, які того потребували, до АРТ, оскільки спостерігалось повільне упровадження амбулаторних форм надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, низький рівень залучення лікарів ЗП-СЛ до виявлення ВІЛ-інфекції та медичного спостереження ЛЖВ.

5. Встановлено, що, незважаючи на упорядкування ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ, зберігалися надмірна кількість ліжок у порівнянні з потребами населення (забезпеченість туберкульозними ліжками в Херсонській області – 5,88 на 10 тис. нас., кількість хворих на активний туберкульоз на одне ліжко – 1,97, відповідні показники по Україні – 3,43 на 10 тис. нас. та 2,4 хворих), подовження середнього терміну перебування на ліжку (хворих на туберкульоз в Миколаївській області – 111,3; Одеській – 96,9, Херсонській – 95,6 при показникові по Україні – 92,4, хворих шкірно-венеричними хворобами відповідно 14,6, 16,1, 13,7, 15,2), невідповідність матеріально-технічного забезпечення закладів табелям оснащення.

6. З'ясовано, що пацієнти з коінфекцією ВІЛ/ПСПШ, які взяли участь у соціологічному опитуванні, продемонстрували низький рівень задоволеності медичною допомогою за критеріями її якості. Так, 249 (64,0±2,4 %) респондентів заявили про часткову або повну незадоволеність територіальною доступністю лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога), 210 (54,0±2,5 %) осіб виявилися незадоволеними обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога, на фінансову недоступність медичної допомоги цілком або

частково вказали 203 (52,2±2,5 %) пацієнта. Загалом 176 (45,2±2,5 %) опитаних пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ПСПШ не отримали очікуваної спеціалізованої допомоги з приводу супутньої патології.

7. Показано, що набутий досвід впровадження державних і регіональних програм профілактики та протидії СЗІЗ, організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, започаткування реформи вторинної медичної допомоги, зокрема, на умовах оплати за надану послугу, демонструє збереження ризиків щодо ефективної профілактики та протидії СЗІЗ. Разом з тим реформа місцевого самоврядування, яка показала збільшення надходжень до місцевих бюджетів ОТГ, відкриває резерви для покращення фінансування заходів з організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Талалаєв К. О. Предикція в українській медицині – сучасний інструмент покращення якості життя громадян (огляд літератури). *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 21. С. 171–177. [211]

2. Талалаєв К. О. Організація системи охорони здоров'я стосовно попередження соціальних і хронічних хвороб в Україні. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2019. № 7. Р. 22–26. [213]

3. Талалаєв К. О. Порівняльний аналіз ефективності впровадження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ/СНІДу в Одеській, Херсонській та Миколаївській областях у 2014-2018 рр. *The scientific heritage*. 2019. № 37. С. 23–27. [215]

4. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. № 27. Р. 19–21. [214]

5. Талалаєв К. О. Вірусний гепатит В в Одеській області. 30-річний екскурс в проблему соціально значущих інфекційних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 6. С. 4–9. [235]

6. Talalayev K., Kozishkurt O., Golubyatnikov N. The justification of the necessity of integrated medical help for patients with diseases of social significance (based on results of the target group survey). *Georgian Medical News*. 2019. № 7/8. С. 32–38. [237]

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання

Розробці концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ та впровадженню її елементів в практику діяльності регіональної системи охорони здоров'я передувало медико-соціальне обґрунтування моделі, науковими засадами якого стали:

1) результати теоретичного аналізу впливу СЗІЗ на здоров'я населення, особливостей властивостей збудників та їх трансформацій, факторів ризику їх розвитку, міжнародних підходів і світових організаційних моделей профілактики й подолання епідемій цих захворювань;

2) державна політика, стратегії, набутий вітчизняний досвід щодо профілактики й протидії СЗІЗ в Україні, перспективи вирішення проблеми в умовах реформи вторинної медичної допомоги та місцевого самоврядування;

3) рекомендації експертів ВООЗ щодо запровадження інтегрованих медичних і соціальних послуг з метою комплексного вирішення проблеми СЗІЗ, яка вимагає міжсекторального підходу, а не тільки зусиль з боку системи охорони здоров'я;

4) результати власного дослідження.

Результати теоретичного аналізу засвідчили, що, незважаючи на певні позитивні зрушення на шляху подолання епідемій інфекційних захворювань, людству не вдається впоратися з такими проблемами, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, ІПСШ, гепатити В і С. Масштабність епідемій, мультирезистентність

збудників, причинно-наслідкова детермінованість соціально-економічними і поведінковими факторами ризику обумовлює постановку питання щодо подолання цих хвороб на рівні вищого керівництва країн, систем охорони здоров'я, міжнародних громадських і благодійних організацій, меценатів, волонтерів [238].

Туберкульоз залишається однією з провідних причин інфекційної захворюваності й смертності населення світу [239]. Щороку людство втрачає від туберкульозу біля 1,2 млн. осіб, вперше він діагностується у близько 10 млн. людей, а більше чверті населення світу інфіковані мікобактерією туберкульозу [240].

Загалом близько 2 млн. осіб в світі щороку інфікуються вірусами, що передаються статевим шляхом, переважно ВІЛ, вірусами простого герпесу, генітальної папіломи людини й гепатиту В. Вірус гепатиту В викликає в рік 350 млн. випадків захворювання на хронічний гепатит і мільйон випадків смерті від цирозу та раку печінки [241].

Ускладнюють перебіг епідемії інфекційних хвороб, що мають соціальне значення, мультирезистентні форми збудників, які щороку вперше реєструються у 500 тис. осіб, хворих на туберкульоз, у 5,0 % людей з ВІЛ, що проходять АРТ. Підкреслюють значимість проблеми СЗІЗ коінфекції туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/ІПСШ, ВІЛ/Вірусні гепатит В і С [242]. Серед ВІЛ-інфікованих виявляється туберкульоз більш ніж у 60,0 % випадків; від цієї коінфекції щороку світ втрачає більше чверті мільйона осіб. Взаємодією ВІЛ і збудників інших ІПСШ експерти пояснюють більше 40,0 % випадків передачі ВІЛ [243]. ІПСШ збільшують зараженість ВІЛ через місцеві запальні процеси. Поширеність ІПСШ серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, має наслідки для стримування поширення ВІЛ в цілому та ефективності лікування ВІЛ з метою профілактики зокрема [244].

Раннє виявлення та лікування ІПСШ може сприяти зменшенню ризику передачі ВІЛ і надавати можливості для подальшого консультування щодо зменшення ризику інфікування [245].

Стратегічний пріоритет Національного центру США з питань ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів, ППСШ та профілактики туберкульозу і інтеграції послуг спрямований на посилення співпраці у цих сферах захворювання та інтеграцію послуг на рівні клієнта [246]. Доказова база щодо інтеграції послуг ППСШ у послуги з догляду та лікування ВІЛ потребує вдосконалення, при тому наявні дослідження показують, що інтеграція здійсненна і має позитивні результати. При розробці моделей, в яких передбачено надання послуг стосовно ППСШ жінкам, які живуть з ВІЛ, слід враховувати різноманітні потреби населення та фактори системи охорони здоров'я [247].

Доведено, що Україна належить до країн світу, де зберігається щорічне зростання захворюваності: на СНІД - з 34,4 на 100 тис. нас. у 2006 р. до 42,8 на 100 тис. нас. у 2018 р.; на коінфекцію: туберкульоз/ВІЛ – з 10,5 на 100 тис. нас. у 2011 р. до 13,3 на 100 тис. нас. у 2018 р.; на вперше діагностований туберкульоз – з 79,8 на 100 тис. нас. у 2007 р. до 50,5 на 100 тис. нас. у 2018 р. з коливаннями впродовж цього періоду в окремі роки до 68,1-68,4 на 100 тис. нас. Значної поширеності набули коінфекції ВІЛ/ППСШ, ВІЛ/Вірусні гепатити В і С у вагітних і донорів.

Показано, що серед усіх адміністративних територій найбільш потерпає від СЗІЗ населення південних регіонів України – Миколаївської, Одеської, Херсонської областей, де захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД дорівнювала у 2018 р. відповідно 74,9; 109,2; 48,4 на 100 тис. нас., на вперше діагностований туберкульоз – відповідно 57,5; 115,2; 65,3 на 100 тис. нас.; на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ – відповідно 14,4; 52,6; 11,9 на 100 тис. нас., що перевищувало середні показники по галузі.

Смертність населення від СНІДу дорівнювала в Миколаївській області 13,7, Одеській – 21,2, Херсонській – 5,5 на 100 тис. нас. при показникові по Україні 8,1 на 100 тис. нас., від коінфекції туберкульоз/ВІЛ – відповідно 8,1; 11,1; 4,0 на 100 тис. нас. при показникові по Україні 3,9 на 100 тис. нас., від туберкульозу – відповідно 7,7; 13,1; 12,7 на 100 тис. нас. при показникові по Україні 8,8 на 100 тис. нас.

Доведено, що в наступні роки епідемія СЗІЗ в Миколаївській, Одеській та Херсонській областях за визначеними показниками буде зростати: захворюваність на туберкульоз в Одеській області – до 76,9 на 100 тис. нас., Миколаївській – до 41,2 на 100 тис. нас., Херсонській – до 50,9 на 100 тис. нас. при подальшому зменшенні показника в Україні до 28,1 на 100 тис. нас., поширеність коінфекції туберкульоз/ВІЛ – до 98,2 на 100 тис. нас. в Одеській та до 81,9 на 100 тис. нас. – у Миколаївській областях при зменшенні до 7,0 на 100 тис. нас. – по Україні.

Смертність від коінфекції туберкульоз/ВІЛ населення в регіонах дослідження та Україні досягатиме рівнів відповідно 4,54, 29,4, 7,48 та 3,54 на 100 тис. нас. і демонструватиме зниження показника лише в Одеській області. Зберігатимуться тенденції перевищення рівнів захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Одеській (72,1), Миколаївській (71,3), Херсонській (72,3) областях середнього рівня по країні (58,5) на 100 тис. нас., як і поширеності (відповідно 922,2, 1169,7, 523,6 та 314,4 5 на 100 тис. нас.) та смертності (відповідно 29,3, 34,4, 11,2 та 6,9 на 100 тис. нас.) [248].

Вагомий медико-соціальний і економічний внесок СЗІЗ у здоров'я населення обумовив визначення напрямів державної політики й стратегій щодо профілактики та подолання СЗІЗ в Україні. Інструментом їх впровадження обрано програмно-цільовий метод, ефективність якого доведена світовим досвідом і рекомендаціями експертів ВООЗ.

За останні десятиріччя, коли відбулась трансформація властивостей збудників СЗІЗ і значного поширення в групі СЗІЗ набули поєднані патології, експертами ВООЗ задекларовані міжсекторальні стратегії, орієнтовані на комплексне охоплення послугами охорони здоров'я та соціального захисту населення, створення і зміцнення механізмів інтегрованого надання послуг хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД, ІПСШ, гепатити В і С, більш широке охоплення хворих, зокрема, на СЗІЗ, первинною медичною допомогою, співпрацю державного сектору з громадськими організаціями та приватними

провайдерами, які поклались в основу вітчизняних державних соціальних програм профілактики та протидії СЗІЗ [249-257].

Дані досліджень свідчать, що профілактичні втручання, якщо їх довести до достатнього масштабу та охоплення, можуть допомогти підтримати та оптимізувати вплив основних лікувальних та профілактичних втручань в умовах обмежених ресурсів [258].

Результатами власного дослідження доведено, що впровадження заходів з реформування сфери охорони здоров'я в обмеженому фіскальному просторі, недофінансування державних соціальних програм із їх поступовим згортанням, демографічні процеси в частині активної міграції населення, зростання безробіття та урбанізації є ризиками подальшого ускладнення епідемічної ситуації з СЗІЗ. Зокрема, визначено, що в регіонах дослідження поширеність ВІЛ/СНІД детермінують такі демографічні фактори, як частка осіб віком 15-64 років, інтенсивність міграції, депопуляція та зростання безробіття на 55,0 %, захворюваність на цю патологію – на 27,0 %, смертність – на 60,0 %; урбанізацією, міграцією, безробіттям і роком реєстрації визначається поширеність туберкульозу на 81,0 %, захворюваність на туберкульоз – на 47,0%, а смертність на цю інфекцію – на 88,0 %. Поширеність, захворюваність та смертність від поєднаної патології туберкульоз/ВІЛ також детермінована демографічними факторами на статистично значущому рівні.

Реалізація ризиків, зокрема, фінансових, підтверджена обмеженням вільного доступу особам, які того потребували, до АРТ, неповним обсягом профілактичних і діагностичних заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактики, діагностики та лікування коінфекцій, що засвідчено аналізом виконання державних соціальних програм профілактики та протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу, ІПСШ, вірусним гепатитам В і С в регіонах дослідження.

Недосконалість організаційних технологій призвела до повільного в неповному обсязі впровадження визначених на нормативному рівні амбулаторних форм надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ з низьким

рівнем залучення лікарів ЗП-СЛ та закладів вторинної медичної допомоги (інфекціоністів, фтизіатрів), до діагностики цих хвороб, спостереження та догляду за хворими, а також їх медико-соціального супроводу. Інтегровані послуги надаються переважно в закладах третинної медичної допомоги.

Встановлено, що виявлені проблеми певною мірою посилюються ризиками запровадження підходів до фінансування закладів вторинної медичної допомоги шляхом оплати за надану послугу, у тому числі, людям з ВІЛ, СНІД, хворим на туберкульоз. Низька частка ВВП на охорону здоров'я створює загрози сплати за таку послугу у повному обсязі в межах Програми медичних гарантій, утримання резерву ліжок інфекційного профілю на випадок масових захворювань. Отже, виникає потреба в пошуках додаткових джерел фінансування цих закладів.

Показано, що за умов недостатнього фінансування, невідповідності матеріально-технічного забезпечення табелям оснащення, застарілості медичного обладнання, дефіциту кадрових ресурсів зберігається розгалужена мережа високоспеціалізованих монопрофільних закладів третинної медичної допомоги з надмірною кількістю ліжок та подовженими термінами стаціонарного лікування хворих на СЗІЗ у порівнянні з потребами пацієнтів. Це вимагає продовження заходів з оптимізації ліжкового фонду, створення потужних за ресурсним забезпеченням стаціонарних закладів, які спроможні надавати якісні медичні послуги за умови раціонального використання високопрофесійного кадрового потенціалу, ліжок, медичного обладнання, інфраструктурних, технологічних, інформаційних ресурсів та інтеграції послуг із соціальною службою та іншими зацікавленими секторами [259].

Низький рівень задоволеності якістю медичних послуг, що потребує її покращення, підтверджено результатами соціологічного опитування пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ПСПШ за критеріями територіальної доступності лікаря-дерматовенеролога, про що засвідчили 249 (64,0±2,4 %) респондентів, обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога, за даними 210 (54,0±2,5 %) опитаних, фінансовою доступністю медичної допомоги, про що висловились

203 (52,2±2,5 %) пацієнтів. Загалом очікування 176 (45,2±2,5 %) пацієнтів даного контингенту щодо якості медичної допомоги не виправдались при отриманні спеціалізованої (дерматовенерологічної) допомоги з приводу поєднаної патології, що підтвердило необхідність вирішення проблеми організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Виявлено, що існують резерви покращення фінансового забезпечення медичної допомоги хворим на СЗІЗ, які криються в реформі місцевого самоврядування. На законодавчому рівні на органи управління об'єднаними територіальними громадами та власне на громади покладаються обов'язки й надаються повноваження піклуватися про охорону здоров'я свого населення – мешканців територіальної громади. Фінансовим підґрунтям для цього слугують прямі міжбюджетні відносини між державним і місцевими бюджетами та можливості залучення додаткових коштів. Показано, що за результатами бюджетної децентралізації вже зросли надходження до місцевих бюджетів. За умови усвідомлення пріоритетності ризиків СЗІЗ органи управління ОТГ можуть спрямовувати частину видатків на профілактику та протидію СЗІЗ з власних доходів в рамках місцевих програм, а також на розвиток закладів охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу хворим на СЗІЗ. Це вимагає конструктивного діалогу та ефективних комунікацій між зацікавленими у здоров'ї громади сторонами (громадою, органами управління нею, медичною спільнотою громади, об'єднаннями пацієнтів, засобами масової інформації та іншими).

Таким чином, обґрунтовуючи концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на основі теоретичного аналізу наукової літератури, рекомендацій міжнародних експертів, аналізу динаміки розвитку епідемії СЗІЗ в Україні та в регіонах дослідження, факторів ризику їх розвитку, організації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ, їх ресурсного забезпечення, результатів виконання регіональних соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ, державних

гарантій надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ та бюджетних можливостей місцевого самоврядування, можна стверджувати наступне:

1. Доцільність розробки та запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ визначається медико-соціальними потребами хворих на СЗІЗ, значним внеском СЗІЗ у загальний тягар захворюваності й смертності населення України.

2. Розробка та запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ обумовлюється необхідністю пошуку нових організаційних форм медичної допомоги хворим на СЗІЗ в умовах фінансового, кадрового, матеріально-технічного дефіциту з метою найбільш оптимального використання наявних ресурсів та забезпечення якісної медичної допомоги хворим на СЗІЗ на усіх рівнях і етапах її надання.

3. Доцільність розробки й запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ значно підсилюється особливостями клінічного перебігу СЗІЗ, коли постійно зростають рівень і питома вага коінфекцій туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/Вірусні гепатити В і С, ВІЛ/ПСШ, подібністю стратегій і заходів з профілактики та протидії ВІЛ, іншим ПСШ, вірусним гепатитам В і С, а також рекомендаціями міжнародних експертів щодо інтеграції послуг хворим на СЗІЗ та їх децентралізації з метою забезпечення доступності, комплексності та якості лікувально-діагностичних і профілактичних технологій, супроводу хворих та їх соціальної підтримки.

4. Набутий національний досвід програмно-цільового підходу до організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ, започаткування в сфері охорони здоров'я оплати медичної допомоги з державного бюджету за надану медичну послугу та реформи місцевого самоврядування, яка вже призвела до збільшення надходжень до місцевих бюджетів ОТГ, слід вважати передумовами для

удосконалення фінансового забезпечення системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

5. Таким чином, актуальність проблеми СЗІЗ в світі та, зокрема, в Україні, проведені комплексні дослідження дозволяють здійснити медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ з метою її наступної розробки та впровадження в діяльність регіональної системи охорони здоров'я.

6. Методичним інструментом для розробки моделі з позицій системності обраний метод системного підходу з його класичними шістьма аспектами: системно-компонентним, системно-функціональним, системно-структурним, системно-інтегративним, системно-комунікаційним, системно-історичним.

5.2. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання

Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ з позицій системності потребувала в першу чергу визначення системоутворюючих факторів, якими прийняті політика, цілі та стратегії, спрямовані на досягнення цілей.

Державна політика України в сфері охорони здоров'я, як комплекс загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань, що спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я й соціального благополуччя населення, передбачає, в межах моделі, яка розробляється, зупинення епідемії соціально значущих інфекційних захворювань [260].

Реформування охорони здоров'я в Україні відбувається в умовах досить складних соціально-економічних перетворень, що пов'язані зі зміною системи господарювання та розвитком партнерства поміж державним і

приватним секторами, необхідністю переходу до економіки інноваційного типу [261].

Досягнення політичних намірів можливо через цілепокладання з розробкою цільових показників, що відображатимуть зменшення тягара хвороб, обумовленого СЗІЗ, наприклад, зниження рівнів захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ, покращення якості життя хворих на СЗІЗ.

Основою досягнення цілей слугуватиме визначення стратегічних напрямів діяльності, на яких треба зосередитись зацікавленим інституціям, на державному, регіональному, місцевому рівнях управління.

Такими стратегіями слід вбачати:

- 1) удосконалення організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ;
- 2) забезпечення фінансування заходів з профілактики та протидії СЗІЗ відповідно до потреб населення;
- 3) впровадження та розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг хворим на СЗІЗ, децентралізації медичної допомоги з наданням переваг амбулаторним моделям лікування, орієнтованим на медико-соціальні потреби пацієнтів, відповідно до нормативних вимог;
- 4) впровадження актуальних доказових медичних технологій з профілактики, діагностики та лікування СЗІЗ в практику діяльності закладів охорони здоров'я усіх рівнів і етапів медичної допомоги та їх використання;
- 5) безперервний професійний розвиток лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів з питань профілактики СЗІЗ і протидії епідемії, набуття міждисциплінарних компетенцій, запровадження командних форм роботи професіоналів;
- 6) удосконалення інформаційно-комунікаційних технологій між усіма зацікавленими сторонами з питань профілактики та протидії СЗІЗ, інформаційно-освітніх технологій серед широких верств населення, груп ризику та хворих на СЗІЗ щодо профілактики СЗІЗ й призупинення епідемії.

Застосування системно-компонентного аспекту системного підходу при розробці моделі передбачало визначення основних її компонентів (елементів) та

їх функцій, системно-функціонального – визначення статусу компонентів при їх взаємодії, службової субординації, системно-структурного – встановлення внутрішніх взаємозв'язків між компонентами, системно-інтегративного – використання інноваційних підходів, знань, досвіду, системно-комунікаційного – встановлення зовнішніх взаємозв'язків і делегування повноважень, системно-історичного – порівняння розробленої моделі системи з тією, яка існувала раніше, її докорінних відмінностей і переваг.

В якості складових компонентів моделі представлені діючі, удосконалені та істотно нові елементи в межах класичних суб'єкту, об'єкту управління та блоку наукового регулювання.

Компонентний набір суб'єкту управління містить в собі органи управління галузевого, регіонального та місцевого рівня – МОЗ України, ДООЗ ОДА, УООЗ РДА, МіськДА, – на які законодавством покладені зобов'язання з охорони здоров'я населення та протидії епідеміям шляхом прийняття адміністративних рішень на відповідному рівні управління по вертикалі. Ці компоненти зберігаються в моделі, що розробляється.

В суб'єкті управління також в якості компонентів залишаються координаційні ради з профілактики та протидії СЗІЗ, що підтвердили доцільність свого функціонування в напрямку забезпечення міжсекторальної взаємодії зацікавлених в профілактиці й подоланні СЗІЗ сторін, та як дорадчі органи. Цим компонентам притаманно прийняття рекомендаційних рішень на горизонтальному рівні, у даному випадку, міжсекторальному, що обумовлює налагодження взаємозв'язків між різними зацікавленими в профілактиці й протидії СЗІЗ сторонами.

Відповідно до змін, що відбуваються в країні в зв'язку з проведенням адміністративної реформи, в якості нового компоненту суб'єкту управління додаються органи управління ОТГ, на які законодавством покладається відповідальність за піклування здоров'ям громади. Бюджетна децентралізація, ризики фінансування не в повному обсязі медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів в межах Програми державних гарантій, потреба у розвитку

інфраструктури закладів охорони здоров'я визначають доцільність включення органів управління ОТГ до складу суб'єкта управління, спроможного використовувати нові механізми фінансування через прямі трансферти з державним бюджетом та залученням коштів з додаткових джерел, а також нові підходи до вибору пріоритетів у фінансуванні з урахуванням думки громади та інших зацікавлених сторін. Має бути політична воля органів управління ОТГ визнати фінансування програм протидії й боротьби з СЗІЗ пріоритетом для громади та виділяти кошти на фінансування програм із урахуванням епідемічної ситуації на території об'єднаної громади та зовнішніх ризиків щодо занесення й поширення СЗІЗ. Запропоновані механізми фінансування забезпечуватимуть фінансовий захист населення громади з питань профілактики та надання медичної допомоги в разі захворюваності на СЗІЗ, справедливості при розподілі ресурсів громади та можуть слугувати одним з показників ефективності управління громадами.

Таким чином, в моделі, що розробляється, представлені вертикально-горизонтальні управлінські структури, діючі та нові за своїм переліком, підпорядкованістю, новими механізмами фінансування заходів профілактики й протидії СЗІЗ.

Компонентами об'єкту управління, підпорядкованого суб'єкту управління, та на які спрямовуються управлінські дії останнього, визначені: соціальні програми профілактики й протидії СЗІЗ, які є міжсекторальними; заклади охорони здоров'я та ресурси, що забезпечують їх функціонування. Програми – це фактично плани дій суб'єкту управління з визначенням цільових показників, заходів, виконавців, термінами виконання, ресурсним забезпеченням.

Автор дисертаційної роботи, спираючись на світовий досвід використання національних соціальних програм, рекомендації міжнародних експертів та аналіз результатів виконання вітчизняних програм профілактики й протидії СЗІЗ, вважає, що в країні доцільно зберегти програмно-цільовий підхід до організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ поза межами Програми

державних гарантій. Заходи цільових програм мають бути спрямовані переважно на первинну профілактику СЗІЗ на популяційному рівні, моніторинг захворюваності на СЗІЗ та факторів ризику, що їх обумовлюють, інформаційно-освітні заходи серед населення, а також на зміцнення кадрового й матеріально-технічного потенціалу закладів охорони здоров'я, у т. ч., лабораторної служби, оскільки в межах Програми медичних гарантій перевага надається закупівлі лікувально-діагностичних послуг. Такий підхід демонструє об'єднуючу, координуючу функцію соціальних програм профілактики і протидії СЗІЗ між сектором охорони громадського здоров'я, сектором медичної допомоги усіх видів та етапів та зовнішніх до сфери охорони здоров'я зацікавлених сторін у профілактиці та протидії СЗІЗ.

Зважаючи на подібність шляхів і факторів передачі збудників СЗІЗ, спільні характеристики епідемічного процесу та груп ризику населення щодо захворюваності на СЗІЗ, заходів з профілактики, супроводу та підтримки хворих, необхідності комплексної діагностики та лікування, включно з наданням соціальної, юридичної та психологічної підтримки хворим і їх сім'ям, враховуючи високий рівень поширеності коінфекцій, в Україні має бути розроблена, на відміну від кількох цільових програм по окремим нозологіям, єдина державна цільова міжсекторальна програма профілактики та протидії соціально значущим інфекційним захворюванням. Шляхом декомпозиції державна програма адаптується до регіонального та місцевого рівнів. Структурними компонентами програм можуть бути підпрограми профілактики й протидії окремим СЗІЗ: ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам В і С, ПСШ, які міститимуть відмінності в заходах до профілактики, діагностики, лікування тієї або іншої інфекції з групи СЗІЗ з урахуванням її специфічних особливостей.

В межах моделі, що розробляється, до компонентного складу об'єкту управління вводиться істотно новий елемент – обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ (далі – Центр) (рис. 5.1).

Центр створюється як комунальне некомерційне підприємство шляхом об'єднання (злиття) адміністративних, кадрових, матеріально-технічних, інфраструктурних, інформаційних ресурсів спеціалізованих монопрофільних закладів охорони здоров'я третинної медичної допомоги: обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, обласного протитуберкульозного диспансеру, обласного шкірно-венерологічний диспансеру.

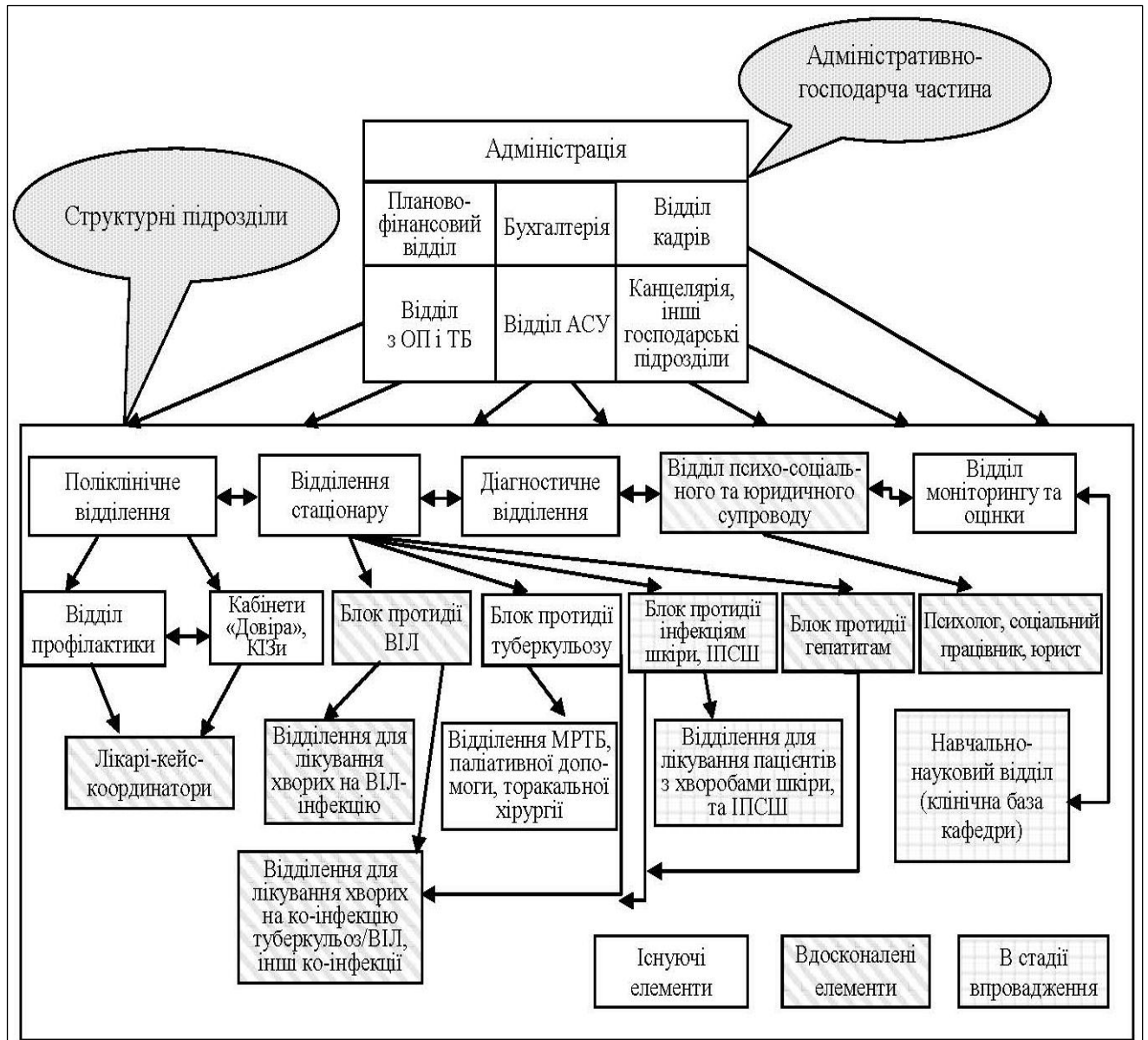


Рис. 5.1. Примірна структура обласного/регіонального центру профілактики й протидії соціально значущим інфекційним захворюванням.

Механізм створення такого Центру обумовлюється доведеною результатами дослідження необхідністю:

- реструктуризації та подальшої оптимізації ліжкового фонду;
- покращення кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу хворим на СЗІЗ;
- забезпечення якості медичної допомоги відповідно до потреб і очікувань пацієнтів;
- підвищення ефективності діяльності цих закладів.

Об'єднання ресурсів дозволить позбутися їх розпорошення між малопотужними розрізненими монопрофільними закладами та скоротити адміністративні витрати.

Закономірність створення такого центру шляхом об'єднання декількох самостійних монопрофільних закладів охорони здоров'я логічно витікає із наведених вище особливостей збудників СЗІЗ щодо їх трансформації, яка призвела до розвитку коінфекцій, що переважають в структурі захворюваності на СЗІЗ. Потреби пацієнтів з коінфекціями у третинній медичній допомозі вимагають міждисциплінарних діагностичних і лікувальних утручань, сконцентрованих, на основі принципу пацієнт-орієнтованості, в одному місці. Міждисциплінарна медична допомога можлива шляхом забезпечення горизонтальної взаємодії та координації в роботі професіоналів різних спеціальностей та об'єднання ресурсів для діагностики і лікування.

Міждисциплінарні підходи вимагають оволодіння професіоналами міждисциплінарними знаннями та новими організаційними технологіями спільного ведення хворих на основі співпраці, обміну практичним досвідом й використання власної бази накопичених знань, що можливо в умовах високоспеціалізованого закладу охорони здоров'я, який за своєю матеріально-технічною базою може набути статусу університетської клініки. Таким чином, відкриваються можливості, окрім надання медичної допомоги хворим, проводити міждисциплінарні дослідження.

Доповнюють аргументи щодо створення такого Центру рекомендації міжнародних експертів з надання інтегрованих послуг з метою покращення здоров'я населення та якості життя, що потребує включення до складу Центру такого кадрового ресурсу, як соціальні працівники, юристи, психологи. Інтегрована медична допомога ґрунтується на принципах надання міжсекторальних послуг, максимально зосереджених, як і міждисциплінарні, в одному місці, що зручно для пацієнтів за критеріями територіальної та часової доступності [262-264].

Вищезазначені закономірності і механізми демонструють системно-інтегративний та системно-структурний аспекти системного підходу, використанні при розробці моделі.

Послуги, що можуть надаватися хворим на СЗІЗ в моделі з інтегрованим підходом:

- профілактика, діагностика, лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- профілактика, діагностика, лікування ВІЛ-інфекції;
- профілактика, діагностика, лікування туберкульозу;
- профілактика, діагностика, лікування вірусних гепатитів В і С;
- профілактика, діагностика, лікування коінфекцій;
- діагностика та консультування в сфері репродуктивного здоров'я (опціонально);
- проведення замісної підтримувальної терапії пацієнтам з опіоїдною залежністю (опціонально);
- діагностика та лікування супутніх хвороб, ускладнень та побічних реакцій внаслідок лікування основного та супутніх захворювань;
- консультативні послуги соціальних працівників із соціально-економічної підтримки;
- психосоціальний та юридичний супровід.

Медична допомога, зокрема, стаціонарна, надається за строгими показаннями для закладу третинної медичної допомоги, визначеними нормативними документами галузевого рівня.

Створення Центру означатиме крок до децентралізації медико-соціальних послуг по вертикалі, оскільки замість трьох закладів обласного рівня буде функціонувати єдиний об'єднаний обласний центр профілактики і протидії СЗІЗ, який не втратить жодної функції закладу охорони здоров'я третинної медичної допомоги для пацієнтів з кожною окремою нозологією, що віднесена до групи СЗІЗ. Разом з тим, концентрація в Центрі високоспеціалізованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги хворим на СЗІЗ, висококваліфікованих кадрів, інформаційних ресурсів дозволить передати повноваження з надання медичної допомоги хворим з урахуванням їх медико-соціальних потреб та за наявності відповідних показань закладам вторинної та первинної медичної допомоги з одночасною координацією послуг.

Механізми передачі повноважень та координації полягають у організаційно-методичному супроводі професіоналами Центру профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів, медико-соціальної, психологічної та юридичної підтримки хворих, за умов чіткого дотримання визначених діючими нормативними документами критеріїв госпіталізації та амбулаторних моделей лікування, які не впроваджені в повному обсязі, як показали результати дослідження, викладені в Розділі 4.

Організаційно-методичний супровід можливий шляхом:

- 1) розробки / оновлення медико-технологічних документів регіонального рівня з надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ (клінічних протоколів медичної допомоги, «наскрізних» клінічних маршрутів пацієнтів, регіональних формулярів лікарських засобів) робочими групами за участі професіоналів закладів охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної медичної допомоги, соціальних працівників, психологів, представників пацієнтів, юристів та впровадження їх в практику діяльності

регіональної системи охорони здоров'я з чітким розподілом функцій і обсягів медичної допомоги між її надавачами;

2) об'єднання даних про хворих на СЗІЗ різних закладів охорони здоров'я регіону в єдину інформаційну систему – реєстр хворих на СЗІЗ;

3) надання консультативної допомоги професіоналами Центру хворим на СЗІЗ (за потреби) за місцем проживання з використанням телемедичних технологій (дистанційний моніторинг стану пацієнта та on-line-консультування);

4) забезпечення якісної медичної допомоги хворим на СЗІЗ на усіх рівнях і етапах її надання шляхом постійного обміну знаннями і практичним досвідом між професіоналами Центру та лікарями закладів вторинної та первинної медичної допомоги з використанням спільних освітніх платформ, сайтів, соціальних мереж, інших засобів електронних комунікацій;

5) проведення на регулярній основі нарад, ділових зустрічей, «круглих столів», дискусій з обговоренням актуальних питань та шляхів їх вирішення з постійного удосконалення організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

6) періодичного аналізу результатів моніторингу виконання регіональної соціальної програми профілактики й протидії СЗІЗ та сумісного напрацювання рекомендацій органам управління з питань підвищення ефективності діяльності, результативності послуг та задоволеності пацієнтів із СЗІЗ отриманою медичною допомогою.

Делегування повноважень Центру поширюватиметься на спеціалізовані заклади вторинної та первинної медичної допомоги: міські протитуберкульозні диспансери, міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом, міські, центральні районні, районні лікарні, клініко-діагностичні центри, центри первинної медико-санітарної допомоги, сайти антиретровірусної терапії, кабінети «Довіра».

Слід зазначити важливість тісної співпраці Центру з регіональним Центром громадського здоров'я (ЦГЗ). Останній за своїм призначенням відповідає за збереження й зміцнення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань (інфекційних та неінфекційних), забезпечення епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, формування культури здоров'я, промоцію здорового способу життя, а також бере участь у формуванні регуляторної політики у сфері громадського здоров'я. Різноманітна діяльність ЦГЗ спрямована на такі соціально значущі захворювання, як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити. На відміну від ЦГЗ, Обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ є спеціалізованим закладом охорони здоров'я, який надає медичну допомогу, а також здійснює невід'ємні від них заходи з первинної, вторинної та третинної профілактики СЗІЗ.

Таким чином, в системі громадського здоров'я Обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ набуватиме статус спеціалізованого закладу охорони здоров'я, який не дублюватиме, а доповнюватиме діяльність регіонального Центру громадського здоров'я.

Міжсекторальні, за системно-комунікаційним аспектом системного підходу, послуги Центру повинні також формуватися за рахунок зовнішніх зв'язків з громадськими організаціями пацієнтів, лікарськими асоціаціями за дотичними спеціальностями, ЗМІ, релігійними службами, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо.

Таким чином, створення єдиного багатопрофільного Центру замість декількох самостійних монопрофільних закладів дозволить забезпечити належне утримання та раціональне витрачання ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, лікарських препаратів, діагностичних маркерів, інформаційних технологій, реєстрів хворих і груп ризику тощо) за рахунок економії коштів на утримання адміністративного апарату, оптимізації штатних посад, ліквідації надлишку ліжкового фонду з урахуванням потреб населення, укрупнення

лабораторної бази, концентрації в одному місці матеріально-технічних ресурсів закладів, що об'єднуються.

Отже, введення до складу моделі такого компоненту як Центр відтворює усі аспекти системного підходу, оскільки Центр є компонентом моделі, передбачає виконання лікувально-діагностичних, консультативно-організаційних функцій та забезпечення інтегрованих послуг його кадровим складом (системно-компонентний аспект), взаємодії з іншими компонентами системи (закладами охорони здоров'я вторинної та первинної медичної допомоги) (системно-структурний аспект), зовнішньою взаємодією з ЦГЗ, соціальними службами, ЗМІ, громадськими, релігійними організаціями і т. і. (системно-комунікаційний аспект), з використанням актуальних доказових медичних і організаційних технологій, формуванням нових навичок, знань і досвіду персоналу (системно-інтегративний аспект), що відрізняє Центр від закладів, об'єднанням яких він був створений (системно-історичний аспект). Центр підпорядкований органам регіональної влади і має статус комунального неприбуткового підприємства (системно-функціональний аспект).

Блок наукового регулювання як невід'ємний компонент запропонованої моделі призначений для забезпечення суб'єкту і об'єкту управління релевантною інформацією щодо захворюваності населення на СЗІЗ, поширеності СЗІЗ в популяції та смертності населення від СЗІЗ, результатів моніторингу та періодичної оцінки результативності наданих інтегративних послуг хворим на СЗІЗ, якості медичної допомоги, ефективності діяльності закладів охорони здоров'я регіону з надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, проміжних і кінцевих результатів виконання програм та їх ресурсного забезпечення, моніторингу змін законодавства, доказових і організаційних технологій, рекомендацій міжнародних експертів з проблеми СЗІЗ.

Інноваційною складовою цього компоненту моделі слід вважати моніторингову інформацію за результатами діяльності Центру, яка

подаватиметься до РЦГЗ та слугуватиме суттєвим доповненням до популяційних даних РЦГЗ.

І навпаки, дані про стан здоров'я населення регіону, фактори ризику, що його обумовлюють, зокрема, стосовно СЗІЗ, які формуються РЦГЗ, можуть бути використані лікарями Центру при прийнятті клінічних рішень.

Концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання представлена на рис. 5.2.

Вирішення аспектів системного підходу при розробці концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ представлено в таблиці 5.1.

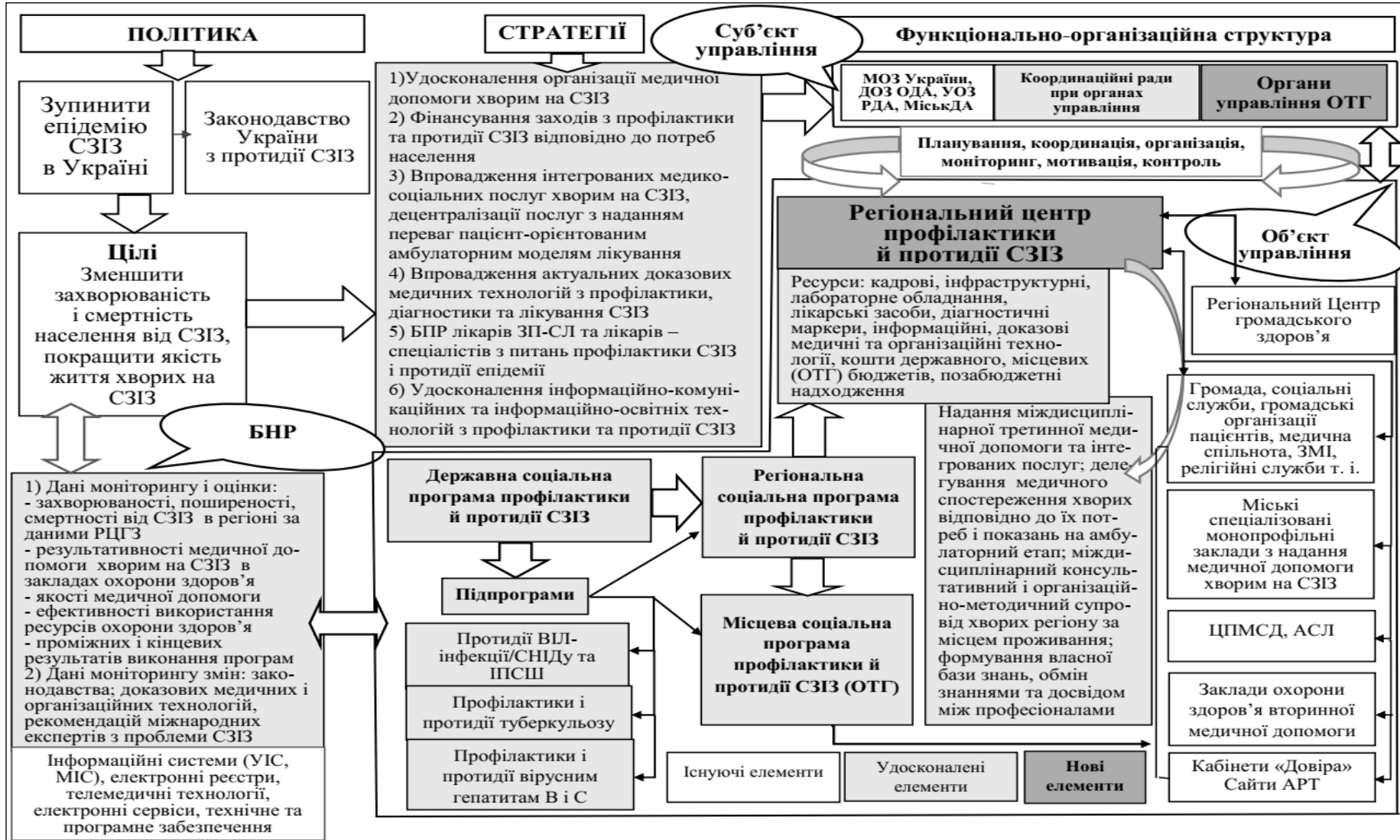


Рис. 5.2. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання.

**Концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання
медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання
з позицій системності**

№ з/п	Аспекти системного підходу	Зміст
1	2	3
1	Системно-компонентний	<p>Політика, цілі, стратегії як системоутворюючі фактори.</p> <p>Суб'єкт управління (МОЗ України, ДОЗ ОДА, УОЗ РДА, МіськДА).</p> <p>Об'єкт управління (Державна, регіональна цільові програми профілактики і протидії СЗІЗ, цільові програми профілактики і протидії СЗІЗ ОТГ, Обласний/регіональний центр профілактики і протидії СЗІЗ, ЦГЗ, заклади охорони здоров'я первинної і вторинної медичної допомоги, населення територіальних громад, громадські організації пацієнтів, медична спільнота, ЗМІ, релігійні служби і т. і.).</p> <p>Блок наукового регулювання.</p> <p>Правовий і функціональний статус компонентів суб'єкту і об'єкту управління визначається відповідними нормативно-правовими актами.</p>
2	Системно-функціональний	<p>Суб'єкт управління – повноваження прийняття управлінських рішень, адміністративного впливу на об'єкт управління із застосуванням функцій (планування, організації, координації, мотивації, моніторингу, контролю), методів (правових, економічних, психологічних) та засобів управління з метою досягти визначених цілей. Делегування частини повноважень на нижчі рівні управління. Підпорядкованість об'єкту управління суб'єкту управління по вертикалі. Горизонтальна міжсекторальна взаємодія на рівні Координаційних рад та органів управління ОТГ. Розподіл обов'язків і повноважень визначається Положеннями, статутами, інструкціями, методиками, схемами та ін.</p>

<i>Продовження табл. 5.1.</i>		
1	2	3
3	Системно-структурний	Компонентам системи притаманні двосторонні зв'язки: між суб'єктом і об'єктом управління, між об'єктом управління і блоком наукового регулювання, між блоком наукового регулювання і суб'єктом управління, що забезпечується вертикальними (спадними та висхідними) потоками управлінської інформації про стан компонентів системи та ступінь досягнення визначених цілей. Горизонтальні міжсекторальні зв'язки на рівні суб'єкту управління підтримуються Координаційними радами. Загалом система має лінійно-функціональну структуру з матричними елементами на рівні органів управління ОТГ.
	Системно-інтегративний	Забезпечення безперервного розвитку персоналу в закладах післядипломної освіти та на робочих місцях з питань профілактики та протидії СЗІЗ, набуття власного практичного досвіду та формування унікальної бази знань і практичних навичок за результатами навчання. Використання спільних освітніх платформ, сайтів, соціальних мереж з метою постійного обміну знаннями і практичним досвідом. Організація розробки / оновлення і впровадження актуальних доказових медичних, організаційних (інтеграція і децентралізація послуг), інформаційно-освітніх та інформаційно-комунікаційних технологій з профілактики та протидії СЗІЗ. Використання нових і модернізованих інформаційних систем і програмних продуктів.
	Системно-комунікаційний	Побудова і підтримка міжсекторальних зв'язків запропонованої системи з Кабінетом Міністрів України, Міністерством фінансів, Міністерством освіти і науки, Міністерством культури, молоді та спорту, Міністерством соціальної політики, Міністерством розвитку громад і територій, Міністерством цифрової трансформації, Міністерством внутрішніх справ, НСЗУ та іншими відомствами, дотичними до питань профілактики та протидії СЗІЗ та задіяними до виконання цільових програм з профілактики та протидії СЗІЗ.

<i>Продовження табл. 5.1</i>		
1	2	3
	Системно-історичний	<p>Визначається даними моніторингу і оцінки виконання соціальних програм в динамічному спостереженні, ефективним функціонуванням системи зворотного зв'язку. Як наслідок, визначається ступінь досягнення цільових програмних показників та фактори, що цьому перешкоджають. Отримані результати покладаються в основу прийняття управлінських рішень з коригування та поліпшення діяльності елементів системи.</p> <p>Інноваційні та удосконалені компоненти моделі, механізми їх створення та взаємодії докорінним чином відрізняють її від тієї, що була раніше, та засвідчують її відповідність потребам пацієнтам із СЗІЗ у якісній медичній допомозі.</p>

Висновки до розділу 5

1. Показано, що результати теоретичного аналізу впливу соціально значущих інфекційних захворювань на здоров'я населення світу та, зокрема, України, державної політики та реалізованих вітчизняних стратегій з профілактики й подолання СЗІЗ, рекомендації експертів ВООЗ та результати власного дослідження дозволили здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання регіонального рівня.

2. Інноваційними функціонально-структурними елементами запропонованої моделі визначені: в складі суб'єкту управління – органи управління ОТГ як зацікавлені сторони в збереженні здоров'я громади та спроможні здійснювати фінансову підтримку місцевих цільових програм профілактики й протидії СЗІЗ; в складі об'єкту управління – обласний центр профілактики й протидії СЗІЗ як заклад охорони здоров'я, що надає інтегровані (медичні, соціальні, юридичні, психологічні) послуги хворим на ВІЛ/СНІД,

туберкульоз, вірусні гепатити В і С, ІПСШ, коінфекції, забезпечує децентралізацію послуг шляхом консультативно-методичної підтримки організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ в закладах охорони здоров'я вторинної та первинної медичної допомоги та сприяє безперервному професійному розвитку медичних кадрів, задіяних до надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

3. Показано, що блок наукового регулювання як компонент моделі забезпечує систему даними моніторингу й оцінки захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ в регіоні, результатів виконання соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ та їх ресурсного забезпечення, якості медичної допомоги хворим на СЗІЗ, моніторингу законодавства, міжнародних і вітчизняних стратегій профілактики й протидії СЗІЗ, актуальних доказових медичних технологій та доказового менеджменту з проблеми СЗІЗ. Передбачається двосторонній обмін інформацією між регіональним ЦГЗ та центром профілактики й протидії СЗІЗ з метою доповнення популяційних даних інформацією про клінічні випадки та використання даних про стан громадського здоров'я при прийнятті клінічних рішень.

4. Показано, що в межах розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ удосконаленню піддавались підходи до розробки державних, регіональних і місцевих соціальних програм шляхом створення однієї програми відповідного рівня з включенням комплексу заходів з профілактики й протидії усім визначеним інфекційним захворюванням з групи СЗІЗ та можливістю декомпозиції програми (за потреби) на підпрограми по кожній нозологічній формі.

5. Запропонована концептуальна модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ відрізняється своєю соціальною спрямованістю, інноваційністю, використанням інструментів сучасного менеджменту (програмно-цільове бюджетування) та залученням громади, суспільства,

держави, сфери охорони здоров'я до вирішення нагальної проблеми громадського здоров'я – профілактики та протидії СЗІЗ.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Талалаєв К. О. Соціальні та економічні наслідки, спричинені ВІЛ-інфекцією. *Polish Journal of Science*. 2019. Vol. 1, № 20. Р. 8–11. [238]
2. Талалаєв К. О. Актуальні питання удосконалення системи протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *Інтегративна антропологія*. 2019. № 1. С. 4–14. [248]
3. Талалаєв К. О., Бабенко В. А., Пучкова Г. В. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект. *Одеський медичний журнал*. 2017. № 6. С. 63–67. [261]

РОЗДІЛ 6
ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

6.1. Впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в систему охорони здоров'я Одеської області та оцінка її медико-соціальної та економічної ефективності

Обґрунтовані та викладені у Розділі 5 дисертаційної роботи структурні компоненти концептуальної функціонально-організаційної моделі (далі – концептуальна модель) системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ знайшли своє впровадження на державному, регіональному та місцевому рівнях. Зокрема, регіональний та місцевий рівні впровадження здійснювалися в Одеській області, як одному з регіонів країни, де найвищі рівні захворюваності, поширеності серед населення СЗІЗ та смертності від хвороб, пов'язаних із СЗІЗ, та найнесприятливіші показники прогнозу розвитку епідемій [265]. Впровадження здійснювалося як на етапах виконання дисертаційного дослідження, так і по його завершенні.

Використанню результатів дослідження на державному рівні сприяла безпосередня участь автора у діяльності робочих груп МОЗ України впродовж 2010-2014 років з питань формування комплексного підходу до створення та розбудови центрів інтегрованих послуг, підвищення доступу уразливих груп населення до профілактики та лікування ІПСШ, консультування та тестування на ВІЛ, розробки та впровадження уніфікованих клінічних протоколів з профілактики, діагностики та лікування ІПСШ. За консультативної підтримки автора дисертаційного дослідження підготовлено проєкт Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ/СНІДу на 2014-2018 роки,

затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII, про що є відповідне підтвердження – довідка МОЗ України (додаток Е).

Впровадження удосконаленого компоненту концептуальної моделі – єдиної міжсекторальної цільової програми профілактики й протидії СЗІЗ на регіональному рівні забезпечувалось активною науковою, професійною і громадською діяльністю автора, зокрема, використанням проміжних і кінцевих результатів дисертаційного дослідження в діяльності:

- міжсекторальної робочої групи з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії при координаційній раді Одеської обласної державної адміністрації протягом 2011-2015 років, за участі автора дослідження як члена цієї групи (довідка Департаменту охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації, додаток Ж);

- міської координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, наркоманії, туберкульозу та подолання дитячої безпритульності протягом 2013-2016 років, в якій автор розпорядженням Одеського міського голови №1094-01р від 09.10.2013 р. був членом, а згодом - керівником робочої групи з охорони здоров'я.

Пропозиції автора дисертаційної роботи щодо удосконалення методичних підходів до розробки та структурування цільових програм в частині виокремлення підпрограм профілактики й протидії окремим СЗІЗ знайшли відбиток в Міській цільовій програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018-2020 роки, затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018 р. (довідка Одеської міської ради у додатку З).

Впровадження компонентів удосконалення стратегій знайшло своє втілення у «Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 року № 279-V11.

Результати медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в частині створення основного інноваційного елементу моделі – єдиного регіонального центру профілактики і протидії СЗІЗ шляхом об'єднання адміністративних, матеріально-технічних, інфраструктурних, кадрових ресурсів спеціалізованих закладів охорони здоров'я третинного рівня покладались в основу створення комунального некомерційного підприємства (КНП) «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», затвердженого рішенням Одеської обласної ради від 16 червня 2017 року № 429-VII, основна мета діяльності якого – координація заходів з протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції та гепатитів в Одеській області, надання інтегрованих послуг, децентралізація медичної допомоги та підтримка високого професійного рівня медичних працівників, задіяних до надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» утворено шляхом злиття комунальних установ: «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер» потужністю 410 ліжок (м. Одеса, вул. Леонтовича 9/1, 11); «Одеська обласна туберкульозна клінічна лікарня» потужністю 405 ліжок (м. Одеса, вул. С. Ядова, 4); «Обласний протитуберкульозний диспансер № 2» потужністю 150 ліжок (Одеська область, Білгород-Дністровський, вул. Військової слави, 17); «Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (м. Одеса, вул. Хімічна, 5А) та передачі їх балансових рахунків, матеріальних цінностей та активів правонаступнику - КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» (далі – Центр).

Структура КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» представлена на рис. 6.1.

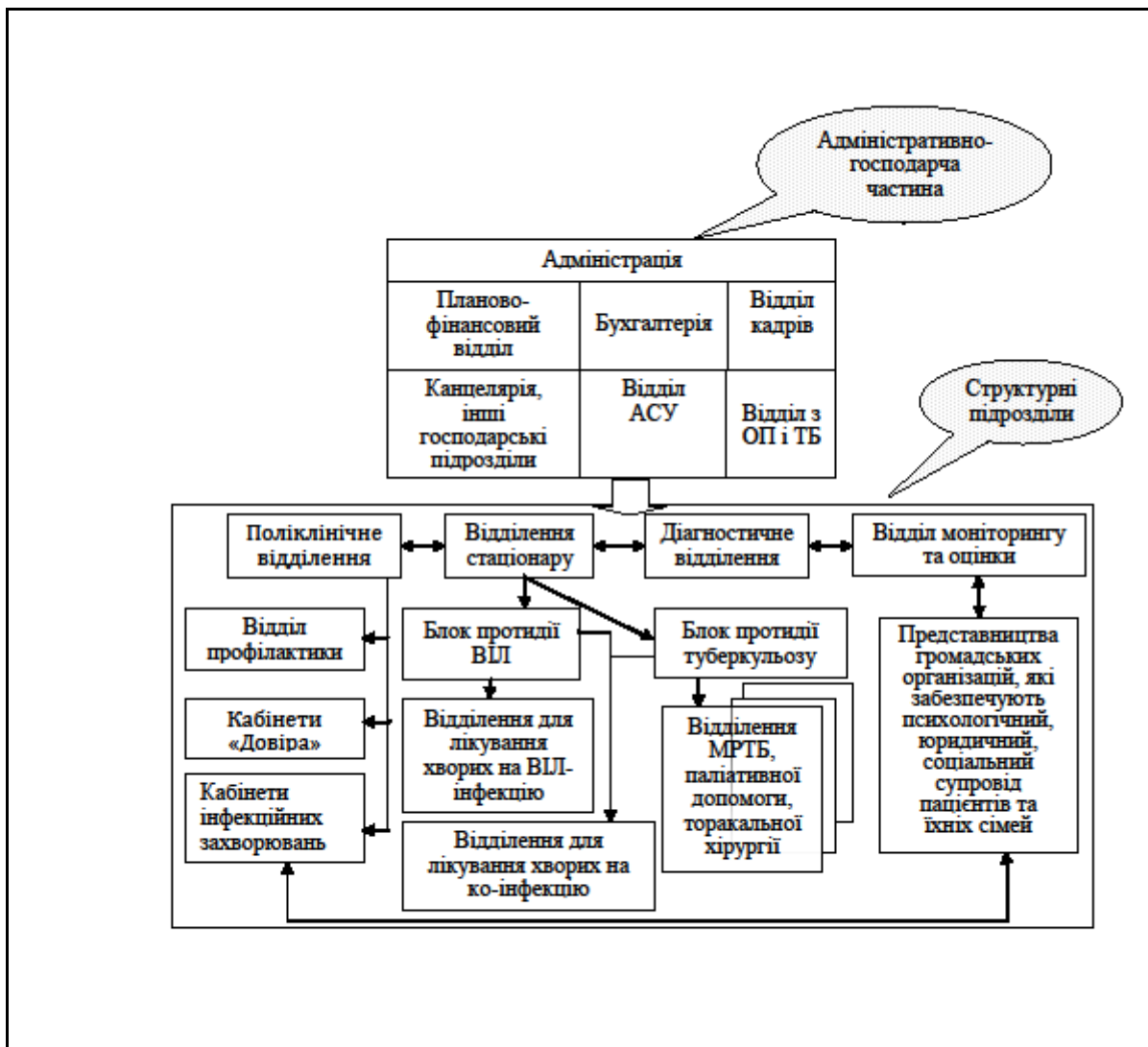


Рис. 6.1. Структура КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради».

У структурі Центру функціонують, окрім іншого: хірургічне відділення з палатами інтенсивної терапії для хворих на туберкульоз з можливістю проведення бронхоскопій та торакоскопій; єдина в області лабораторія III рівня з мікробіологічної діагностики туберкульозу з сучасним обладнанням (функціонують 3 апарати GeneXpert, 2 апарати VASTEC), що дозволяє проводити діагностичні дослідження та здійснювати моніторинг лікування туберкульозу, вірусного навантаження ВІЛ, діагностику гепатиту С з використанням молекулярно-генетичних та культуральних методів,

рекомендованих ВООЗ; амбулаторно-поліклінічне відділення, на базі якого широко використовуються сучасні моделі амбулаторного лікування, функціонує денний стаціонар, працюють два сімейних лікарі, психологи та соціальні працівники, які надають психологічну та консультативну допомогу з соціально-економічних питань; рентгенологічне відділення, кабінет комп'ютерної томографії; клініко-діагностична лабораторія з діагностики ВІЛ, на базі якої розташоване сучасне обладнання, аналогів якому немає в жодній лабораторії області; єдиний аптечний склад протитуберкульозних та антиретровірусних препаратів.

На базі Центру працює єдина в області центральна лікарсько-консультативна комісія з призначення лікування хворим на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз за сучасними стандартами з використанням нових протитуберкульозних препаратів.

Блок з протидії вірусним гепатитам В та С, разом з блоком з протидії ПСШ та навчально-науковим відділом (кафедрою) сприятимуть покращенню ефективності роботи Центру на наступному етапі його розбудови.

На момент створення Центру у 2018 році загальна кількість ліжок закладів охорони здоров'я, до процедури об'єднання, становила 1015 од., у т. ч., 965 туберкульозних та 50 – для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

За рахунок впровадження амбулаторних пацієнт-орієнтованих моделей лікування хворих на туберкульоз за консультативної підтримки та організаційно-методичного супроводу професіоналами Центру закладів вторинної та первинної медичної допомоги відбулись зміни у підходах до показань до госпіталізації та виписки пацієнтів. Лікарями Центру, вторинної та первинної медичної допомоги шляхом оволодіння амбулаторними моделями лікування (відео-ДОТ, ДОТ технології з використанням смарт-боксів), запровадження психосоціального та юридичного супроводу та постійного обміну досвідом вдалося забезпечувати організацію лікування одночасно 1540 хворим на туберкульоз (у 60,0 % випадків – з використанням цифрових технологій), та привести у відповідність до потреб населення ліжковий фонд, який дорівнював

на момент завершення дисертаційного дослідження 410 протитуберкульозних ліжок, на противагу 965 ліжкам до об'єднання базових закладів.

Тобто, як і передбачалось результатами наукового дослідження, відбулась децентралізація та інтеграція послуг, що дозволило значно скоротити ліжковий фонд профільних ліжок (на 40,4 %), а отже, відповідно скоротити витрати на їх утримання без ризику зниження доступності медичної допомоги хворим, що засвідчило економічну ефективність запропонованої моделі.

Об'єднання декількох структур в єдиний Центр дозволило забезпечити діяльність адміністративного та допоміжного персоналу в кількості, меншій на 25,1 %, та оптимізації штатного розпису відповідно до функціонального навантаження та чисельності ліжок, що дозволило зменшити загальну кількість працівників з 1100 осіб у 2016 році до 592 осіб у квітні 2020 року. Це також суттєво вплинуло на рівень витрат на заробітну плату в напрямку їх зниження, а отже, підтвердило економічну ефективність запропонованої моделі.

Завдяки концентрації діяльності з профілактики та протидії СЗІЗ в КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», крім суттєвого упорядкування спеціалізованих ліжок, до кінця 2020 року планується збільшення кількості цих пацієнтів, охоплених амбулаторним лікуванням, до 80,0 %, при цьому прихильність пацієнтів до лікування протягом 8 місяців 2020 року склала 94,0 %, за даними звіту керівника закладу, що засвідчило медичну та соціальну ефективність запропонованої моделі.

Результати проведеного економічного аналізу засвідчили, що вартість лікування одного пацієнта у стаціонарі Центру склала 9373,12 грн. при тарифі НСЗУ 20663,00 грн. Така різниця обумовлена: скороченням витрат на заробітну плату персоналу, на утримання ліжкового фонду, який був суттєво скорочений, переглядом показань до госпіталізації (важкий стан з бактеріовиділенням), що призвело до зниження кількості госпіталізацій на 25,0 %, зменшенням середнього терміну перебування пацієнтів у стаціонарі до 34 днів (при попередньому показникові 232 дні для пацієнтів з мультирезистентною формою

туберкульозу та 90 днів – для туберкульозу без ускладнень), завдяки запровадженню прискорених методів тестування на ВІЛ у всіх лікувальних закладах області та кабінетах «Довіра», скринінговому анкетуванню для визначення осіб, які потребують дообстеження на туберкульоз, децентралізацією лікування ВІЛ-інфікованих осіб, збільшенням кількості сайтів АРТ в області – з 7 сайтів у 2016 році до 52 в 2020 році.

Запровадження діяльності єдиного Центру дозволило переглянути нормативи навантаження на одного лікаря: замість обслуговування мінімум 30 пацієнтів з різним ступенем важкості перебігу захворювання на туберкульоз, лікар обслуговує 15 хворих з мультирезистентним туберкульозом або до 20 хворих з чутливим до лікування туберкульозом.

Для порівняння аналізу піддавалися розрахунки потреб у фінансуванні КНП «Міський протитуберкульозний диспансер» Одеської міської ради на 2020 рік, які склали 34 млн. грн., з яких 29,8 млн. грн. (87,6 %) – це витрати на заробітну плату з нарахуваннями.

Як результат, витрати на одного пацієнта на рік в КНП «Міський протитуберкульозний диспансер» Одеської міської ради мали становити понад 22 тис. грн., що перевищує тариф пакету № 20 НСЗУ (без урахування вартісних складових лабораторної діагностики та стаціонарної допомоги). У зв'язку з тим, що КНП «Міський протитуберкульозний диспансер» Одеської міської ради не уклав відповідного договору з НСЗУ, для його забезпечення потрібно додатково фінансувати з бюджету міста Одеса в розмірі близько 20 млн. грн., що докорінним чином відрізнялося від аналогічних витрат КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради».

6.2. Результати незалежної експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Одеському регіоні

З метою підтвердження ефективності обґрунтованої, розробленої та впровадженої за більшістю компонентів функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в Одеській області проведена незалежна експертна оцінка результатів впровадження висококваліфікованими експертами – професіоналами з великим науковим і практичним досвідом за напрямом організації профілактики й протидії СЗІЗ, глибоко обізнаними з досліджуваної проблеми.

Експертна група включала 24 експерти, що відповідало вимогам до проведення оцінки результатів медико-соціальних досліджень (Шиган Е. Н., 1986). Склад експертної групи було сформовано з керівників закладів охорони здоров'я, що надавали первинну, вторинну та третинну медичну допомогу, в кількості 15 осіб, серед них троє експертів мали науковий ступінь доктора медичних наук, 13 експертів мали вищі атестаційні категорії за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», та з дев'яти науково-педагогічних працівників (завідувачів, професорів, доцентів) кафедр: соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права; загальної та клінічної епідеміології та біобезпеки; гігієни та медичної екології; професійної патології, клінічної та функціональної діагностики; дерматології та венерології; фтизіопульмонології; дитячих інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету та кафедри гуманітарних та соціально-політичних наук ОРІДУ НАДУ.

Загалом серед експертів налічувалось 12 осіб з науковими ступенями (дев'ять – доктора наук, три – кандидата наук). Список експертів наведений у додатку Б.

Експертна оцінка проводилась за методологією, представленою в Розділі 2 дисертаційної роботи.

Експерти мали можливість заздалегідь ознайомитися з представленими автором дисертаційної роботи інформаційними матеріалами, які містили відомості про актуальність, мету, завдання, методи, отримані проміжні і кінцеві результати проведеного дослідження.

Свою думку експерти викладали шляхом заповнення анкети експерта за п'ятибальною оціночною шкалою елементів запропонованої та перевіреної на практиці моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання з дотриманням принципу анонімності експерта. Інформацією про повний склад експертної групи кожен окремий експерт не володів, що виключало можливість безпосереднього спілкування між учасниками групи та забезпечувало більшу об'єктивність думок експертів.

Отримані у зворотному порядку від експертів анкети підлягали обробці та аналізу по кожному складовому елементу системи, що піддавався оцінці. Підраховувались середньоарифметичні значення бальних оцінок, середньоквадратичні відхилення, стандартна похибка середньої величини та коефіцієнт варіації для кожного елемента експертної оцінки (табл. 6.1).

Як засвідчили результати медико-статистичного аналізу, експерти надали загалом високі оцінки запропонованій моделі за кожним представленим до розгляду елементом.

Діапазон коливань середніх оцінок дорівнював $4,6 \pm 0,11$ - $4,8 \pm 0,09$ балів в залежності від позиції, що оцінювалась.

Діапазон середньоквадратичних відхилень коливався від 0,4 до 0,6, що вказувало на типовість середніх арифметичних оцінок для визначених елементів.

Значення коефіцієнтів варіації 8,3 % за елементом «Орієнтованість на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з соціально значущими інфекційними захворюваннями» та 8,5 % за елементом «Забезпечення раціонального використання ресурсів» засвідчили слабкий розкид наданих оцінок різними експертами.

За елементами «Профілактична спрямованість», «Орієнтованість на підвищення якості медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання», «Орієнтованість на міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання» виявлено середнє значення варіабельності експертних оцінок (відповідно 13,0 %; 13,0 % та 10,4 %), що засвідчило загалом високий рівень узгодженості думок експертів по заданим для оцінки критеріям.

Таблиця 6.1.

Результати експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (за 5-бальною шкалою)

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Стандартна похибка середньої величини (m)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	2	3	4	5	6
1	Орієнтованість на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з соціально значущими інфекційними захворюваннями	4,8	0,4	0,07	8,3
2	Профілактична спрямованість	4,6	0,6	0,11	13,0
3	Орієнтованість на підвищення якості медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (за критеріями підвищення географічної, економічної доступності пацієнт-орієнтованості та ефективності)	4,6	0,6	0,11	13,0

<i>Продовження таблиці 6.1.</i>					
1	2	3	4	5	6
4	Орієнтованість на міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	4,8	0,5	0,09	10,4
5	Забезпечення раціонального використання ресурсів	4,7	0,4	0,08	8,5

Таким чином, високий рівень отриманих експертних оцінок та високий ступінь узгодженості думок експертів по кожному запропонованому критерію дозволив підтвердити високий рівень ефективності запропонованої та впровадженої концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в Одеському регіоні та рекомендувати її впровадження в діяльність систем охорони здоров'я інших регіонів України.

Висновки до розділу 6

1. Показано, що впровадження інноваційних і удосконалених наявних елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ відбувалось на державному, регіональному та місцевому рівнях, зокрема, на рівні органів управління та закладів охорони здоров'я Одеської області як такої, де найбільш високі рівні захворюваності, поширеності серед населення СЗІЗ та смертності від пов'язаних з ними хвороб.

2. Констатовано, що впровадження рекомендацій і ідей автора щодо організації медичної допомоги хворим СЗІЗ на державному рівні знайшло своє втілення, зокрема, у Законі України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки», а на регіональному і місцевому рівнях –

у Міській цільовій програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі та стратегічних документах з реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції Одеської обласної ради.

3. Доведено, що впровадження основного інноваційного елементу концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ – КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» – дозволило реалізувати підходи до децентралізації та інтеграції послуг хворим на СЗІЗ, оптимізувати показання до госпіталізації, впровадити пацієнт-орієнтовані амбулаторні моделі лікування з використанням цифрових технологій, покращити матеріально-технічне та лабораторне забезпечення надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

4. Доведено, що запроваджені організаційні зміни дозволили скоротити спеціалізований ліжковий фонд на 40,4 %, чисельність адміністративного персоналу – на 25,1 %, рівень госпіталізації – на 25,0 %, тривалість перебування хворого на туберкульоз на ліжку з 232-90 днів до 34 днів. Як результат, вартість лікування одного хворого у стаціонарі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» складала 9373,12 грн. при тарифі НСЗУ 20663,00 грн., що засвідчило економічну ефективність моделі.

5. Показано, що досягнуті створенням єдиного закладу в регіоні для профілактики та протидії СЗІЗ децентралізація та інтеграція послуг сприяли прихильності 94,0 % пацієнтів до лікування, що засвідчило медичну та соціальну ефективність запропонованої моделі.

6. Обґрунтована та впроваджена концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ високо оцінена кваліфікованими експертами – від $4,6 \pm 0,6$ до $4,8 \pm 0,5$ балів в залежності від елементів, що піддавались оцінці – за 5-бальною шкалою, що з

урахуванням медичної, соціальної та економічної ефективності дозволяє рекомендувати її для впровадження в інших регіонах України.

За матеріалами, викладеними в даному розділі, опубліковано:

1. Talalayev K. O., Vastyanov R. S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine . *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 10. P. 291–298. [265]

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено обмежені можливості діючої системи охорони здоров'я регіонального рівня з організації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання, впровадження якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність, що відповідає меті та завданням дослідження.

1. Результати теоретичного аналізу засвідчили, що серед соціально значущих захворювань не втрачають своєї актуальності інфекційні хвороби: ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, ІПСШ, хронічні вірусні гепатити В і С. Особливістю епідемій цих хвороб визначена трансформація їх збудників, внаслідок чого значного поширення набули поєднані інфекції та мультирезистентність мікобактерій туберкульозу та ВІЛ.

2. Встановлено, що в Україні протягом 1987-2018 років офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ/СНІД, зокрема, 114 487 випадків захворювань на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, спричинених СНІДом; щороку виявляється близько 36-40 тис. нових випадків туберкульозу та 4-7,5 тис. випадків смерті від цієї хвороби. Україна входить до переліку 30 країн із найбільшою кількістю випадків МРТБ. Середній багаторічний показник поширеності хронічних форм HCV-інфекції значно перевищує середньоєвропейські показники.

3. Показано, що за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, впродовж 2006-2018 рр. Одеська, Миколаївська, Херсонська області займали відповідно 1-ше, 3-тє та 7-ме рангові місця, від туберкульозу – 1-ше, 2-ге, 5-те, за рівнем поширеності вірусних гепатитів В та С протягом 2006–2017 рр. – 1-ше, 2-ге, 11-те, а ІПСШ – 4-те, 6-те, 17-те, що засвідчило високу напруженість епідемічної ситуації в цих регіонах.

4. Визначено, що частка осіб віком 15-64 років, інтенсивність міграції, депопуляція та зростання безробіття детермінують поширеність ВІЛ/СНІД в регіонах дослідження на 55,0 %, захворюваність – на 27,0 %, смертність – на 60,0 %; рівнями урбанізації, міграції, безробіттям і роком реєстрації хвороби визначається поширеність туберкульозу на 81,0 %, захворюваність на туберкульоз – на 47,0 %, а смертність на цю інфекцію – на 88,0 %. Поширеність, захворюваність та смертність від поєднаної патології туберкульоз/ВІЛ також детермінована демографічними факторами на статистично значущому рівні.

5. Доведено, що в короткостроковій (до 2022 року) перспективі зростатимуть рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Одеській області до 72,1, Миколаївській – до 71,3, Херсонській – до 72,3 на 100 тис. нас., а по Україні – до 58,5 на 100 тис. нас.; поширеності – відповідно до 922,2, 1169,7, 523,6 та 314,4 5 на 100 тис. нас., смертності – відповідно до 29,3, 34,4, 11,2 та 6,9 на 100 тис. нас. Захворюваність на туберкульоз в Одеській області зросте до 76,9, Миколаївській – до 41,2, Херсонській – до 50,9 на 100 тис. нас. при зменшенні показника по Україні до 28,1 на 100 тис. нас. Поширеність коінфекції туберкульоз/ВІЛ зросте до 98,2 в Одеській та до 81,9 – у Миколаївській областях при зменшенні до 3,4 у Херсонській та до 7,0 на 100 тис. нас. по Україні. Смертність населення від коінфекції туберкульоз/ВІЛ досягне відповідно 4,54, 29,4, 7,48 та 3,54 на 100 тис. нас.

6. Показано, що виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2014-2018 рр. забезпечувалося з державного бюджету лише на 87,6 %, з місцевих бюджетів – на 39,2 % від запланованого, а програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 рр. – в середньому на 83,4 %. В регіонах дослідження фактично виділені обсяги фінансування виявились меншими за заплановані, при наявних обмежених кадрових, матеріально-технічних, інфраструктурних, інформаційних ресурсах.

7. Виявлено, що недофінансування програмних заходів призвело до низької ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

(показник інфікування складав у Миколаївській області 3,59-4,3 %, Одеській – 4,64 %, Херсонській – 3,3 % при програмному показникові 1,0 %); охоплення профілактичними програмами осіб з груп ризику не досягало програмного показника 80,0 % в жодній області; дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С для груп підвищеного ризику за бюджетні кошти не проводились, зокрема, з причини відсутності належного лабораторного обладнання, витратних матеріалів і реагентів.

8. Виявлено, що інтегровані послуги надавались переважно в закладах третинної медичної допомоги, повільно впроваджувались амбулаторні форми надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, мав місце низький рівень залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до виявлення ВІЛ-інфекції та діагностики туберкульозу. Матеріально-технічне забезпечення профільних закладів охорони здоров'я не відповідало табелям оснащення, а проведене упорядкування ліжкового фонду не призвело до забезпечення його відповідності потребам населення за потужністю та тривалістю перебування хворого на ліжку.

9. З'ясовано, що 249 (64,0±2,4 %) пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ПСПШ заявили про часткову або повну незадоволеність територіальною доступністю лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога), 210 (54,0±2,5 %) осіб – обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога; на фінансову недоступність медичної допомоги цілком або частково вказали 203 (52,2±2,5 %) пацієнти. Загалом 176 (45,2±2,5 %) опитаних не отримали очікуваної медичної допомоги.

10. Встановлено, що державні програми з профілактики й протидії захворюваності на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, хронічні вірусні гепатити згорнуті після 2018 року; запроваджена оплата за надану послугу вторинної медичної допомоги за Програмою державних гарантій при обмеженому бюджетному фінансуванні; повільно розгортається бюджетна децентралізація, що негативно впливає на рівень ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, зокрема, в частині надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання.

Усе вищезазначене засвідчило доцільність медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання на регіональному рівні.

11. Інноваційними елементами запропонованої моделі визначені: в складі суб'єкту управління – органи управління ОТГ, спроможні здійснювати фінансову підтримку місцевих цільових соціальних програм; в складі об'єкту управління – обласний центр профілактики й протидії соціально значущим інфекційним захворюванням як заклад охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу та інтегровані з нею соціальні, юридичні, психологічні послуги, здійснює консультативну та організаційно-методичну підтримку надання медичної допомоги хворим в закладах охорони здоров'я вторинної та первинної медичної допомоги, сприяє безперервному професійному розвитку медичних кадрів в частині оволодіння міждисциплінарними знаннями та новими організаційними технологіями спільного ведення хворих; у складі блоку наукового регулювання – доповнення популяційних даних інформацією про клінічні випадки та використання даних про стан здоров'я населення при прийнятті клінічних рішень.

12. Результати впровадження моделі на регіональному рівні засвідчили її медичну, соціальну та економічну ефективність: потужність високоспеціалізованого ліжкового фонду зменшена на 40,4 %, тривалість перебування хворого на туберкульозному ліжку скоротилася з 232-90 до 34 днів, а рівень госпіталізації – на 25,0 %; чисельність адміністративного персоналу зменшена на 25,1 %. Вартість лікування одного хворого у стаціонарі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» складала 9 373,12 грн. при тарифі НСЗУ 20 663,00 грн. Прихильність до лікування мала місце у 94,0 % хворих. Висококваліфіковані експерти оцінили запропоновану модель за 5-бальною шкалою у $4,6 \pm 0,6$ - $4,8 \pm 0,5$ балів, в залежності від елементів, що з урахуванням медичної, соціальної та економічної ефективності дозволяє рекомендувати її для впровадження в інших регіонах України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *World Health Organization* : website. URL: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being> (Last assessed: 11.07.2019).
2. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. *Конституція України*. Ст. 49. Дата оновлення: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 12.12.2019).
3. Dye C., Boerma T., Evans D. Research for universal health coverage : World health report 2013. Geneva : WHO, 2013. 168 p. URL: <https://www.who.int/whr/2013/report/en/> (Last assessed: 22.02.2020).
4. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України / О. В. Козішкурт та ін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. № 3. С. 62–67. DOI: 10.29254/2077-4214-2018-3-1-145-62-67.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Вороненко Ю. В. та ін. ; під заг. ред. : Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с.
6. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века / Европ. регион. бюро ВОЗ. Копенгаген, 2013. 232 с. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (дата обращения: 05.09.2018).
7. European strategic directions towards Health 2020 goals / WHO. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2015.
8. Боев Б. В., Ершов Ф. И. Пути снижения предотвратимой смертности от инфекционных заболеваний. *Вестник РАМН*. 2009. № 9. С. 3–13.

9. Проблемні питання епідемічного процесу деяких соціально небезпечних хвороб в Одеській області / К. О. Талалаєв та ін. *Одеський медичний журнал*. 2018. № 4. С. 5–11.

10. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06 квіт. 2000 р. № 1645-III (1645-14) (у редакції від 01.06.2012 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.

11. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 г. № 367. *Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан* : веб-сайт. Дата обновления: 31.01.2020. URL: <https://egov.kz/cms/ru/law/list/V1500011512> (дата обращения: 08.07.2018).

12. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих : постановление Правительства Российской Федерации от 1 дек. 2004 г. № 715. Дата обновления: 31.01.2020. URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=102158143&backlink=1&&nd=102089734> (дата обращения: 23.02.2018).

13. Епідеміологічні аспекти соціально значущих захворювань / Т. А. Сергеева та ін. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2016. № 4. С. 18.

14. Medical Examination of Aliens. *Electronic Code of Federal Regulations*. Washington, D.C : U.S. Government Publishing Office, 2020. Title 42, Vol. 1, Chap. I, Subchapter C, Pt. 34. Updated: 20.02.2020 URL: <https://gov.ecfr.io/cgi-bin/text-idx?SID=dbedad56896fa60bd05f378c5b3eef94&mc=true&node=pt42.1.34&rgn=div5> (Last assessed: 26.11.2019).

15. Nolte E., McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Maidenhead : Open University Press, 2008. 253 p.

16. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06 квіт. 2000 р. № 1645-III (1645-14) (у редакції від 01.06.2012 р.). *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.
17. Миронюк І. С., Гудюк Н. А., Білак-Лук'янчук В. Й. Результати дослідження з оцінки витрат на протидію ВІЛ-інфекції / СНІДу в Закарпатській області у 2011–2014 роках. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1. С. 26–33.
18. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века / ВОЗ. Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2012. 232 с. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (дата обращения: 07.06.2019).
19. Талалаєв К. О. Предиктивна медицина – виклики і досягнення. *Одеський медичний журнал*. 2016. № 4. С 69–74.
20. Талалаєв К. О. Від лікувальної допомоги до предиктивної медицини. Ознаки розвороту тренду. *Вісник морської медицини*. 2016. № 4. С. 7–11.
21. Nikolopoulos G. K., Kostaki E.-G., Paraskevis D. Overview of HIV molecular epidemiology among People who Inject Drugs in Europe and Asia. *Infection, genetics and evolution. Author manuscript*. 2016. Vol. 46. P. 256–268. DOI: [10.1016/j.meegid.2016.06.017](https://doi.org/10.1016/j.meegid.2016.06.017).
22. Origin of the HIV-1 group O epidemic in western lowland gorillas / M. D'arc et al. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2015. Vol. 112. P. E1343–E1352. DOI: 10.1073/pnas.1502022112.
23. Role of autophagy in HIV infection and pathogenesis / R. Nardacci et al. *Journal of internal medicine*. 2017. Vol. 281, № 5. P. 422–432. DOI: 10.1111/joim.12596.
24. HIV/AIDS Key facts. *World Health Organization* : website. Updated: 15.11.2019. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (Last assessed: 11.03.2019)

25. The Global HIV/AIDS Epidemic / U.S. Department of Health and Human Services, Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy (OIDP). *HIV.gov* : website. Updated: 31.07.2019. URL: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics> (Last assessed: 17.04.2019).

26. Gaigbe-Togbe V., Weinberger M. B. The Social and Economic Implications of HIV/AIDS. *African Population Studies*. 2004. Vol. 19. 28 p. URL: <http://www.bioline.org.br/pdf?ep04034> (Last accessed: 29.07.2019)

27. WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury / WHO. Geneva : WHO, 2009. 136 p. URL: https://www.who.int/choice/publications/d_economic_impact_guide.pdf (Last accessed: 26.09.2018)

28. Актуальні проблеми у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в Одеській області та шляхи їх подолання / В. С. Гойдик та ін. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2016. № 1. С. 87–92.

29. The Impact of AIDS / Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York : United Nations, 2004. 10 p. URL: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/hiv/impact/note-preface.pdf> (Last accessed: 05.04.2018).

30. Sexual transmission of HIV / Royce R. A., Seña A., Cates W., Cohen M. S. *The New England Journal of Medicine*. 1997. Vol. 336, № 15. P. 1072–1078. URL: <https://doi.org/10.1056/NEJM199704103361507> (Last accessed: 04.05.2019).

31. Про бюджетну класифікацію та її запровадження : наказ М-ва фінансів України від 27 груд. 2001 р. № 604. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MF01047.html (дата звернення: 22.07.2019).

32. Про затвердження інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету : наказ М-ва фінансів України, Держ. казначейства

України від 25 листоп. 2008 р. № 495. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0079-09> (дата звернення: 21.08.2019).

33. Про засади державної регіональної політики : Закон України від 05 лют. 2015 р. № 156-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 13. Ст. 90.

34. Про бюджетну класифікацію та її запровадження : наказ М-ва фінансів України від 27 груд. 2001 р. № 604. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MF01047.html (дата звернення: 12.07.2019).

35. Maia A., Gomes H., Goncalves M. Relationship Between HIV and Depressive Symptomatology in Patients From Northern Portugal: Analysis of Individual, Health, and Social Predictors . *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2018. Vol. 29 № 2. P. 275–286.

36. Стан вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб / Т. Й. Пурденко та ін. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2014. Вип. 46, № 2. С. 46–49.

37. Психоемоційний стан ВІЛ-інфікованих з дерматологічною патологією / В. В. Шухтін та ін. *Лікарська справа*. 2019. № 1/2. С. 43–52.

38. HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms: a cross-sectional study from Denmark / Rodkjaer L., Chesney M. A., Lomborg K. et al. *International Journal of Infectious Diseases*. 2014. Vol. 22. P. 67–72.

39. Організація відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні : посібник / І. Агібалов та ін. Київ : ПРООН, 2012. 120 с. URL: https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/hiv_aids/HIV-AIDS-answer.html (дата звернення: 24.02.2019).

40. Lamontagne E, Over M, Stover J. The economic returns of ending the AIDS epidemic as a public health threat. *Health Policy*. 2019. Vol. 123, № 1. P. 104–108.

41. Без стабильного финансирования борьба со СПИДом обречена на провал. *ЮНЭЙДС* : вебсайт. URL: https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190926_finance (дата обращения: 29.07.2019).
42. The Cost-Effectiveness of Integrating HIV Counseling and Testing into Primary Health Care in the Ukraine / Johns B., Doroshenko O., Tarantino L., Cowley P. *AIDS and Behavior*. 2017. Vol. 21, № 3. P. 655–664. DOI: 10.1007/s10461-016-1554-z.
43. Linas B. P. Potential Impact and Cost-effectiveness of Self-Testing for HIV in Low-In-come Countries. *The Journal of Infectious Diseases*. 2015. Vol. 212, № 4. P. 513–515. DOI: 10.1093/infdis/jiv041.
44. Murray C., Barber R., Foreman K. G. Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015. Vol. 386. P. 2145–2191. DOI 10.1016/S0140-6736(15)61340-X.
45. Cohn T. H. *Global political economy: theory and practice*. 7th ed. New York : Routledge, 2016. 448 p.
46. Jacobsen M. M., Walensky R. P. Modeling and Cost-Effectiveness in HIV Prevention. *Current HIV/AIDS Reports*. 2016. Vol. 13, № 1. P. 64–75. DOI: 10.1007/s11904-016-0303-2.
47. Mathematical Modeling and Control of Infectious Diseases / Zaman G., Jung II. H., Delfim F. M., Anwar Zeb. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*. 2017. Vol. 2017. P. 7149154. DOI 10.1155/2017/7149154.
48. Hirschhorn L. R., Agins B. Quality management in HIV care. *The ground up: Building comprehensive HIV/AIDS care programs in resource-limited settings* / ed. by R. G. Marlink et al. Washington, DC: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, 2009.

49. Ending AIDS: The crucial role of case management and other supportive services in care engagement and treatment adherence : proceedings of the 18th U.S. Conference on AIDS, 2–5Oct 2014 San Diego.

50. The Impact of Comprehensive Case Management on HIV Client Outcomes / M. Brennan-Ing et al. *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11, № 2. P e0148865. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148865> (Last assessed: 12.05.2019).

51. “She makes me feel that I'm not alone”: Linkage to Care Specialists provide social support to people living with HIV / Broaddus M. R., Hanna C. R., Shumann C., Meier A. *AIDS care*. 2015. Vol. 27, № 9. P. 1104–1107. DOI: 10.1080/09540121.2015.1028882.

52. Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management / ed. by J. Cylus, I. Papanicolas, P. C. Smith. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2016. 265 p.

53. Estimated cost per HIV infection diagnosed through routine HIV testing offered in acute general medical admission units and general practice settings in England / K. J. Ong et al. *HIV Medicine*. 2016. Vol. 17, № 4. P. 247–254. DOI: 10.1111/hiv.12293.

54. Талалаєв К. О. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом). *Вісник морської медицини*. 2019. № 1. С. 6–13.

55. Dionne-Odom J., Westfall A., Van Der Pol B. Sexually Transmitted Infection Prevalence in Women With HIV: Is There a Role for Targeted Screening? */Sexually Transmitted Diseases*. 2018. Vol. 45. P. 762–769.

56. Оценка психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных женщин / В. А. Чатковская-Цыбуля и др. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2018. № 2. С. 64–71.

57. Семігіна Т. В., Вовкогон О. Ю. Поширення соціально небезпечних хвороб та їх профілактика. *Протидія соціально небезпечним хворобам: вивчення українського досвіду* / за ред. Т. В. Семігіної. Київ : Пульсари, 2010. С. 7–38.

58. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / Центр громадського здоров'я МОЗ України ; за ред. В. Купіти. Київ, 2018. № 49. 121 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_49_2018.pdf (дата звернення: 16.01.2020).

59. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ликвидации ВИЧ 2016-2021 / ВОЗ. Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2016. 59 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255763/WHO-HIV-2016.05-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения: 12.03.2019).

60. Децик О. З., Басараба Т. П. Вплив соціального, родинного та навчального оточення на формування превентивної обізнаності молоді щодо ВІЛ-інфекції. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1/2. С. 63.

61. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva : WHO Regional office for Europe, 2012. 36 р. URL: https://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/ (Last assessed: 08.01.2019).

62. Всемирный день борьбы со СПИДом 2019 : информ. бюл. Женева : ЮНЭЙДС, 2019. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf. (дата обращения: 22.02.2020).

63. Integrating Human Immunodeficiency Virus and Reproductive, Maternal and Child, and Tuberculosis Health Services Within National Health Systems / D. D. Joseph et al. *Current opinion in HIV and AIDS*. 2016. Vol. 17. P. 170–176. DOI 10.1007/s11904-016-0316-x.

64. Overview Data & Trends: U.S. Statistics. Fast Facts / U.S. Department of Health and Human Services, Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy (OIDP). *HIV.gov* : website. Updated: 16.01.2020. URL: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics> (Last assessed: 13.11.2019).

65. 90-90-90. An ambitious treatment target to help end AIDS epidemic. Geneva : UNAIDS, 2014. 40 p. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf (Last assessed: 22.02.2020).

66. Оцінка психоемоціонального стану ВІЧ-інфікованих чоловіків / Чатковська-Цыбуля В. А., Шухтіна І. Н., Гойдык В. С., Шухтін В. В. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2017. № 4. С. 131–137.

67. Overview Data & Trends: U.S. Statistics. Fast Facts / U.S. Department of Health and Human Services, Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy (OIDP). *HIV.gov* : website. Updated: 16.01.2020. URL: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics> (Last assessed: 12.02.2020).

68. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 (2018). *World Health Organization* : website. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2018/hivaids-surveillance-in-europe-2018-2018> (Last assessed: 17.01.2020).

69. HIV and AIDS in the United Kingdom (UK). Brighton: Avert, 2019. Updated: 10.10.2019. URL: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/uk> (Last assessed: 29.11.2019).

70. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / Центр громадського здоров'я МОЗ України ; за ред. В. Купіти. Київ, 2018. № 49. 121 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_49_2018.pdf (дата звернення: 22.10.2019).

71. Огляд епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції /СНІДу в Одеській області / Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтін В. В., Гоженко А. І. *Вісник морської медицини*. 2009. № 3. С. 27–30.
72. Statistics on HIV/AIDS in Ukraine on 01.05.2018. *AIDS.ua* : website. Updated: 25.05.2018. URL: <http://www.aids.ua/enews/statistics-on-hivaids-in-ukraine-on-01052018-12329.html> (Last assessed: 12.07.2019)
73. Гоженко А. И., Гойдык В. С., Стоянова И. А. Заболеваемость моряков и портовиков СПИДом и её влияние на ВИЧ-инфицированность населения причерноморского региона. *Вісник морської медицини*. 2010. № 2. С. 21–28.
74. Гойдык В. С., Гоженко А. И. Задачи профессиональной реабилитации ВИЧ-инфицированных работников транспорта. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2010. № 3. С. 33–37.
75. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006–2018 рр.) / Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2019. № 3. С. 27–35.
76. Статистика з ВІЛ/СНІДу. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnid/statistika-z-vilsnidu> (дата звернення: 22.02.2020).
77. Statistics on HIV/AIDS in Ukraine on 01.05.2018. *AIDS.ua* : website. Updated: 25.05.2018. URL: <http://www.aids.ua/enews/statistics-on-hivaids-in-ukraine-on-01052018-12329.html> (Last assessed: 07.09.2020).
78. Фтизіатрія : підручник / за ред. В. І. Петренко. Київ : Медицина, 2015. 472 с.
79. Tuberculosis: Key facts. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (Last accessed: 17.01.2020).

80. Global tuberculosis report, 2018 / World Health Organization. Geneva : WHO, 2018. 277 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Last accessed: 29.06.2020).
81. Політика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ / ВОЗ. Женева, 2012. 36 с.
82. Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения / ВОЗ. Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2018. 130 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311316/9789244509937-rus.pdf> (дата обращения: 11.01.2020)
83. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник) / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2019. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2018_dovidnyk.pdf (дата звернення: 29.07.2020).
84. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році : стат. зб. / Держ. служба статистики України. Київ, 2018. 109 с. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf (дата звернення: 29.06.2019).
85. Перельман М. И., Богадельникова И. В. Фтизиатрия : учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 448 с. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html> (дата обращения: 22.07.2019).
86. Аналітично-статистичні матеріали з ТБ. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : веб-сайт. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb> (дата звернення: 22.06.2019).
87. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. /

Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 10–22.

88. Статистичні дані. *Центр медичної статистики МОЗ України* : веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 22.02.2020).

89. Kirk O. Treatment and care of TB across Europe. *Journal of the International AIDS Society*. 2014. Vol. 17, № 4, Suppl. 3. P. 19503. DOI: 10.7448/IAS.17.4.19503.

90. Management of multi- and extensively drug-resistant tuberculosis in Ukraine: how well are we doing? / N. Lytvynenko et al. *Public Health Action*. 2014. Vol. 4, Suppl. 2. P. 67–72. DOI: 10.5588/pha.14.0035.

91. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the global burden disease study 2013 / J. D. Stanaway et al. *Lancet*. 2016. Vol. 388, № 10049. P. 1081–1088. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7.

92. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices / S. Schillie et al. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*. 2018. Vol. 67, № 1. P. 1–31. DOI: 10.15585/mmwr.rr6701a1.

93. Wu J. F., Chang M. H. Natural history of chronic hepatitis B virus infection from infancy to adult life – the mechanism of inflammation triggering and long-term impacts. *Journal of biomedical science*. 2015. Vol. 22. P. 92. DOI: 10.1186/s12929-015-0199-y.

94. Гепатит В. Основные факты. *Всемирная Организация Здравоохранения* : веб-сайт. Дата обновления: 19.07.2019. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (дата обращения: 29.07.2019).

95. Global Hepatitis Report, 2017 / World Health Organization. Geneva : WHO, 2017. 83 p. URL:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1> (Last accessed: 29.07.2019).

96. Heffernan A., Cooke G., Nayagam S. Scaling up prevention and treatment towards the elimination of hepatitis C: a global mathematical model. *Lancet*. 2019. Vol. 393. P. 1319–1329. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32277-3.

97. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: A systematic review of data published between 1965 and 2013 / A. Schweitzer et al. *Lancet*. 2015. Vol. 386, № 10003. P. 1546–1555. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)61412-X.

98. Slow decline of hepatitis B burden in general population: Results from a population-based survey and longitudinal follow-up study in Taiwan / C. L. Chen et al. *Journal of hepatology*. 2015. Vol. 63, № 2. P. 354–363. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.03.013.

99. Hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection in undocumented migrants and refugees in southern Italy, January 2012 to June 2013 / N. Coppola et al. *Euro surveillance*. 2015. Vol. 20, № 35. P. 30009. DOI: 10.2807/1560-7917.

100. Current seroprevalence, vaccination and predictive value of liver enzymes for hepatitis B among refugees in Germany / A. Hampel et al. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2016. Vol. 59, № 5. P. 578–583. DOI: 10.1007/s00103-016-2333-8.

101. Epidemiology of acute hepatitis B in the united states from population-based surveillance, 2006–2011 / K. Iqbal et al. *Clinical infectious diseases*. 2015. Vol. 61, № 4. P. 584–592. DOI: 10.1093/cid/civ332.

102. Time trends of chronic HBV infection over prior decades – A global analysis / Ott J. J., Horn J., Krause G., Mikolajczyk R. T. *Journal of hepatology*. 2017. Vol. 66, № 1. P. 48–54. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.08.013.

103. Сергеева Т. А. Епідеміологія гепатиту В в Україні: офіційна статистика, реалії, проблеми, перспективи. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2017. № 5. С. 9–20.
104. Zhang Y., Chen L. M., He M. Hepatitis C Virus in mainland China with an emphasis on genotype and subtype distribution. *Virology Journal*. 2017. Vol. 14, № 1. P. 41. DOI: 10.1186/s12985-017-0710-z.
105. Lingala S., Ghany M. G. Natural History of Hepatitis C. *Gastroenterology clinics of North America*. 2015. Vol. 44, № 4. P. 717–734. DOI: 10.1016/j.gtc.2015.07.003.
106. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clinical microbiology and infection*. 2011. Vol. 17, № 2. P. 107–115. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x.
107. Ruta S., Cernescu C. Injecting drug use: A vector for the introduction of new hepatitis C virus genotypes. *World journal of gastroenterology*. 2015. Vol. 21, № 38. P. 10811–10823. DOI: 10.3748/wjg.v21.i38.10811.
108. Hepatitis C virus treatment as prevention in people who inject drugs: testing the evidence / M. Hickman et al. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2015. Vol. 28, № 6. P. 576–582. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000216.
109. Evaluating the population impact of hepatitis C direct acting antiviral treatment as prevention for people who inject drugs (EPIToPe) - a natural experiment (protocol) / M. Hickman et al. *BMJ Open*. 2019. Vol. 24. P. e029538. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029538.
110. HCV burden of infection in Egypt: results from a nationwide survey / Guerra J., Garenne M., Mohamed M. K., Fontanet A. *Journal of viral hepatitis*. 2012. Vol. 19, № 8. P. 560–567. DOI: 10.1111/j.1365-2893.2011.01576.x.
111. Miller F. D., Abu-Raddad L. J. Evidence of intense ongoing endemic transmission of hepatitis C virus in Egypt. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2010. Vol. 107, № 33. P. 14757–14762. DOI: 10.5339/qfarf.2010.bmp3.

112. Progress toward prevention and control of hepatitis C virus infection-Egypt, 2001-2012 / Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 2012. Vol. 61, № 9. P. 545–549.
113. Seroprevalence of hepatitis C virus: the first population-based study from Iran / S. Merat et al. *International journal of infectious diseases*. 2010. Vol. 14, Suppl 3. P. e113–e116. DOI: 10.1016/j.ijid.2009.11.032.
114. Changing pattern of clinical epidemiology on hepatitis C virus infection in SouthWest China / Z. Yan et al. *Hepatitis monthly*. 2012. Vol. 12, № 3. P. 196–204. DOI: 10.5812/hepatmon.857.
115. Incidence and transmission patterns of acute hepatitis C in the United States, 1982-2006 / Williams I. T., Bell B. P., Kuhnert W., Alter M. J. *Archives of internal medicine*. 2011. Vol. 171, № 3. P. 242–248. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.511.
116. Awareness of infection, knowledge of hepatitis C, and medical follow-up among individuals testing positive for hepatitis C: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2008 / Denniston M. M., Klevens R. M., McQuillan G. M., Jiles R. B. *Hepatology*. 2012. Vol. 55, № 6. P. 1652–1661. DOI: 10.1002/hep.25556.
117. Устінов О. В. Вірусний гепатит С: масштаб проблеми, перспективи лікування та роль лікаря первинної ланки. *Український медичний часопис*. 2014. № 4. С. 43–46.
118. Ситуаційний аналіз стану медико-соціальної допомоги хворим на гепатит С в м. Одеса. Стратегія створення ефективної системи надання медико-соціальної допомоги хворим на гепатит С та її адвокація в м. Одеса / Александріна Т. А. та ін. ; за заг. ред. К. О. Талалаєва. Одеса, 2015. 38 с.
119. Стратегія реформування системи надання допомоги хворим за розділом «Соціально небезпечні хвороби (туберкульоз, ВІЛ-інфекція, парентеральні гепатити)» в Одеській області на 2016-2020 роки : додаток 1 до рішення обласної ради від 23 груд. 2016 р. № 279-VII. Одеса : Одес. обл. рада, 2016.

120. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016-2021 гг. : на пути к ликвидации вирусного гепатита / ВОЗ. Женева : ВОЗ, 2016. 56 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения: 13.04.2020).

121. Сучасні етіологічні та епідеміологічні риси гострих вірусних вражень печінки / О. В. Козішкурт та ін. *Вісник морської медицини*. 2018. № 3. С. 45–56.

122. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем на 2016-2021 гг. На пути к ликвидации ИППП / ВОЗ. Женева : ВОЗ, 2016. 64 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения: 18.06.2019).

123. Матвісів М. В. Вертикальна передача вірусів гепатиту В та С у вагітних жінок, інфікованих ВІЛ. *Гепатологія*. 2017. № 4. С. 21–28.

124. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005 / Uusküla A., Puur A., Toompere K., DeHovitz J. *Sexually transmitted infections*. 2010. Vol. 86, № 1. P. 6–14. DOI: 10.1136/sti.2009.037044.

125. Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and syphilis compared with heterosexual men in New York City / P. Pathela et al. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2011. Vol. 58, № 4. P. 408–416. DOI: 10.1097/QAI.0b013e318230e1ca.

126. Molecular diagnostics for gonorrhoea: implications for antimicrobial resistance and the threat of untreatable gonorrhoea / N. Low et al. *PLoS medicine*. 2014. Vol. 11, № 2. P. e1001598. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001598.

127. Черникова Л. И. ИППП – ко-факторы ВИЧ-инфекции. *Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и ВИЧ/СПИД инфекции* : сб. науч. тр., посвящ. 90-летию со дня рождения проф. Б. А. Задорожного / под ред. А. М. Дащук. Харьков : ХНМУ, 2013. С. 301–304.

128. Ho E. L., Lukehart S. A. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *The Journal of clinical investigation*. 2011. Vol. 121, № 12. P. 4584–4592. DOI: 10.1172/JCI57173.

129. Pillay A. Centers for Disease Control and Prevention Syphilis Summit - Diagnostics and Laboratory Issues. *Sexually Transmitted Diseases*. 2018. Vol. 45, № 9S, Suppl. 1. P. S13-S16. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000843.

130. Gunn R., Klausner J. Enhancing the Control of Syphilis Among Men Who Have Sex With Men by Focusing on Acute Infectious Primary Syphilis and Core Transmission Groups. *Sexually Transmitted Diseases*. 2019. Vol. 46, № 10. P. 629–636. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000001039.

131. Travel-associated STI amongst HIV and non-HIV infected travelers / A. Nouchi et al. *Journal of Travel Medicine*. 2019. Vol. 26, № 8. P. taz090. DOI: 10.1093/jtm/taz090.

132. Workowski K. A., Bolan G. A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*. 2015. Vol. 64, № RR-03. P. 1–137.

133. Wayal S., Reid D., Weatherburn P. Association between knowledge, risk behaviours, and testing for sexually transmitted infections among men who have sex with men: findings from a large online survey in the United Kingdom. *HIV Medicine*. 2019. Vol. 20. P. 523–533.

134. Chlamydia infection : ECDC : annual epidemiological report for 2018 / European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm : ECDC, 2020. P. 8.

135. Costing of National STI Program Implementation for the Global STI Control Strategy for the Health Sector, 2016-2021 / E. Korenromp et al. *PLoS One*. 2017. Vol. 12. P.e0170773. DOI: 10.1371/journal.pone.0170773.

136. Хламідіоз : адаптована клін. настанова, заснована на доказах / Держ. експерт. центр МОЗ України. Київ, 2017. 37 с.

137. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008 / C. L. Satterwhite et al. *Sexually Transmitted Diseases* 2013. Vol. 40. P. 187–193.

138. Sena A., Bachmann L., Hobbs M. Persistent and recurrent *Trichomonas vaginalis* infections: epidemiology, treatment and management considerations. *Journal Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2014. Vol. 12, № 6. P. 673–685. DOI: 10.1586/14787210.2014.887440.

139. *Trichomonas vaginalis*: Clinical relevance, pathogenicity and diagnosis / T. Edwards et al. *Journal Critical Reviews in Microbiology*. 2016. Vol. 42. P. 406–417. DOI: 10.3109/1040841X.2014.958050.

140. *Trichomonas vaginalis* and coinfection with *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in the United States as determined by the Aptima *Trichomonas vaginalis* nucleic acid amplification assay / C. C. Ginocchio et al. *Journal of Clinical Microbiology*. 2012. Vol. 50. P. 2601–2608. DOI: 10.1128/JCM.00748-12/.

141. *Trichomonas vaginalis* in selected US sexually transmitted disease clinics: testing, screening and prevalence / E. Meites et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013. Vol. 40. P. 865–869.

142. Prevalence and correlates of *Trichomonas vaginalis* infection among female US federal prison inmates / S. Sutcliffe et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2010. Vol. 37. P. 585–590.

143. Ongoing sexually transmitted disease acquisition and risk-taking behavior among US HIV-infected patients in primary care: implications for prevention interventions / K. H. Mayer et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2012. Vol. 39. P. 1–7.

144. Gatski M., Kissinger P. Observation of probable persistent, undetected *Trichomonas vaginalis* infection among HIV-positive women. *Clinical Infectious Diseases*. 2010. Vol. 51. P. 114–115.

145. Kissinger P., Adamski A. Trichomoniasis and HIV interactions: a review. *Sexually Transmitted Infections*. 2013. Vol. 89. P. 426–433.

146. Collin P., Remco P., Steyn J. Prevalence and Detection of *Trichomonas vaginalis* in HIV-Infected Pregnant Women. *Sexually Transmitted Diseases*. 2018. Vol. 45, № 5. P. 332–336.

147. Kissinger P. *Trichomonas vaginalis*: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. *BMC Infectious Diseases*. 2015. Vol. 15. P. 307. DOI: 10.1186/s12879-015-1055-0.

148. Cooperative interactions between *Trichomonas vaginalis* and associated bacteria enhance paracellular permeability of the cervicovaginal epithelium by dysregulating tight junctions / A. S. Hinderfeld et al. *Infection and Immunity*. 2019. Vol. 87, № 5. P. e00141–e001419. DOI: 10.1128 / IAI.00141-19.

149. Гизингер О. А., Летяева О. И., Долгушин И. И. Качественный и количественный состав провоспалительных цитокинов в вагинальном секрете женщин с урогенитальным трихомониазом. *Имунопатология, аллергология, инфектология*. 2013. № 1. С.64–66.

150. Урогенітальна трихомонадна інфекція : адаптована клін. настанова, заснована на доказах / Держ. експерт. центр МОЗ України. Київ, 2017. 10 с.

151. Шатковська Д. М. Запобігання соціально небезпечним захворюванням: проблеми підвищення дієвості законодавства. *Публічне право*. 2014. № 3. С. 59–64.

152. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

153. Власенко В. П. Об'єкти конституційної безпеки. *Актуальні питання конституційного розвитку незалежної України* : матеріали наук.-теорет. конф., 25 черв. 2015 р. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2015. С. 33–35. URL: https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/tdp/konfer_konst-rozv2.pdf (дата звернення: 22.02.2020).

154. Калиев И. А., Нефедова Н. В. Актуальные вопросы мирового политического процесса : учеб. пособие. Павлодар : Кереку, 2016. 264 с.

155. Васильєв О. С. Концептуалізація поняття «державна політика»: сучасне розуміння. *Державне будівництво*. 2014. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2014_1_7 (дата звернення: 15.05.2018).

156. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

157. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні / І. М. Солоненко та ін. Київ : Вид-во Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2004. 116 с.

158. Низова Н. М., Талалаев К. А., Миронюк И. С. Роль первичного звена медико-санитарної допомоги населенню в системі протидії ВІС-інфекції половим путем в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2013. № 4. С. 7–13.

159. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ : наказ МОЗ України від 08 лют. 2013 р. № 104. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0323-13/conv> (дата звернення 22.02.2020).

160. Любінець О. В. Правове регулювання протитуберкульозних заходів в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку* : матеріали 1-ї Всеукр. наук.-практ. конф, 19–20 квіт. 2007 р. Львів : Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2007. С. 190–196. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_190_04.pdf (дата звернення: 22.02.2020).

161. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України від 05 лип. 2001 р. № 2586-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/2586-14> (дата звернення: 22.02.2020).

162. Про Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на туберкульоз : Указ Президента України від 22 бер. 2002 р. № 290/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/290/2002#Text> (дата звернення: 22.02.2020).

163. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту чи які тримаються в установах виконання покарань : постанова Каб. Міністрів України від 25 черв. 2014 р. № 205. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/205-2014-п#Text> (дата звернення: 22.02.2020)

164. Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз : наказ МОЗ України від 19 жовт. 2012 р. № 818. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1864-12#Text> (дата звернення: 22.02.2020)

165. Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу : наказ МОЗ України від 15 трав. 2014 р. № 327. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0576-14#Text> (дата звернення: 22.02.2020)

166. Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом від 27.06.2001 р. / ООН. *Верховна Рада України* : веб-сайт. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_846#Text (дата звернення: 22.02.2020).

167. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40/44. Ст. 356.

168. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19.

169. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 09 січ. 1992 р. № 1972-ХІІ. Поточна редакція від 05.12.2012 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 11. Ст. 152.

170. Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації : розпорядження Каб. Міністрів України від 22 бер. 2017 р. № 248-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-p#Text> (дата звернення: 22.02.2020)

171. Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ від 14.02.2012 р. № 114) : наказ МОЗ України від 19 серп. 2005 р. № 415. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05#Text> (дата звернення: 22.02.2020).

172. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей : наказ МОЗ України, М-ва освіти і науки, М-ва у справах сім'ї, молоді та спорту, ДКВС України, М-ва праці та соц. політики від 23 листоп. 2007

№ 740/1030/4154/321/614а. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text> (дата звернення: 22.02.2020).

173. Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ : наказ МОЗ України від 10 лип. 2013 р. № 585. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1254-13#Text> (дата звернення: 22.02.2020).

174. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15 лют.1995 р. № 62/95-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 10. Ст. 62.

175. Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами : наказ МОЗ України, М-ва внутр. справ України від 16 черв. 1998 р. № 158/417. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0482-98#Text> (дата звернення: 22.02.2020).

176. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Відомості Верховної Ради Української РСР. Редакція від 21.11.2020. 1984. № 51, дод. Ст. 1122.

177. Кримінальний Кодекс України. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25/26. Ст. 131.

178. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24 лют. 1994 р. № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12> (дата звернення: 16.10.2020).

179. Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 30. Ст. 274.

180. Талалаєв К. О. Державна політика України в галузі організації охорони здоров'я щодо попередження соціальних і хронічних хвороб. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 1. С. 5–16.

181. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. № 27. P. 19–21.
182. Населення України : демографічні складові людського розвитку / за ред. О. М. Гладун. Умань : Вид. «Сочінський», 2015. 160 с.
183. Жук М. В., Круль В. П. Розміщення продуктивних сил і економіка регіонів України : навч. посіб. Чернівці : Рута, 2002. 293 с.
184. Каліновський Р. О. Першочергові пріоритети соціально-економічного розвитку Причорноморського регіону та фіскальні інструменти їх забезпечення. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 8. С. 10–13.
185. Ступчук С. М., Лабунець В. О. Рівень конкурентоспроможності Причорноморського регіону України в умовах глобалізації та євроінтеграції світових процесів. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 28, ч. 2. С. 53–57.
186. Україна: Адміністративно-територіальний устрій (на 1 січня 2012 р.) / за ред. В. О. Зайчука. Київ : Парлам. вид-во, 2012. 784 с.
187. Демографічний паспорт – Миколаївська область. *Державна служба статистики України* : веб-сайт. Дата оновлення: 02.01.2020. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport.files/pasport/48_uk.htm#01 (дата звернення: 22.02.2020).
188. Тимоніна М. Б. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2019 року : стат. зб. Київ : Держ. служба статистики України, 2019. 345 с.
189. Миколаївщина. *Миколаївська обласна державна адміністрація*: веб-сайт. URL: <http://www.mk.gov.ua/ua/myko/> (дата звернення: 22.02.2020).
190. Санаторно-курортні та оздоровчі заклади (1995-2017 рр.) *Головне управління статистики у Миколаївській області* : веб-сайт. Дата оновлення: 04.11.2019. URL: <http://www.mk.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 22.02.2020).
191. Паспорт Одеської області за 2019 рік. *Одеська обласна державна адміністрація* : веб-сайт. URL: <https://oda.odessa.gov.ua/aboutodessa/pasport-oblasti> (дата звернення: 22.02.2020).

192. Демографічний паспорт – Одеська область. *Державна служба статистики України* : веб-сайт. Дата оновлення: 02.01.2020. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport.files/pasport/51_uk.htm#0301 (дата звернення: 22.02.2020).

193. Розподіл населення за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів. *Головне управління статистики в Одеській області* : веб-сайт. Дата оновлення: 13.11.2019. URL: <http://www.od.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 22.02.2020).

194. Інформація про область. *Херсонська обласна державна адміністрація* : веб-сайт. Дата оновлення: 17.01.2016. URL: <https://khoda.gov.ua/informaciya-pro-oblast> (дата звернення: 22.02.2020).

195. Демографічний паспорт – Херсонська область. *Державна служба статистики України* : веб-сайт. Дата оновлення: 02.01.2020. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport.files/pasport/65_uk.htm#0101 (дата звернення: 22.02.2020).

196. The fickle P value generates irreproducible results / Halsey L. G., Curran-Everett D., Vowler S. L., Drummond G. B. *Nature Methods*. 2015. Vol. 12, № 3. P. 179–185. DOI:10.1038/nmeth.328.

197. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М. : Медицина, 1986. 208 с.

198. Голованова І. А., Белікова І. В., Ляхова Н. О. Основи медичної статистики : навч. посіб. для аспірантів та клін. ординаторів. Полтава, 2017. 113 с.

199. Методичні вказівки до практичного заняття „Засоби прогнозування і перспективних оцінок ПЕТ MS Excel” для студентів фармацевтичного факультету / уклад. А. Т. Теренчук. Вінниця, 2011. 17 с.

200. Талалаєв К. О. Прогнозно-аналітичні дослідження – сучасній інструмент математичного моделювання закономірностей процесів розповсюдження соціально небезпечних інфекційних захворювань в

Причорноморському регіоні України . *Science of Europe*. 2019. Vol. 1, № 41. P. 27–29.

201. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006–2018 рр.) / Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2019. № 3. С. 27–35.

202. HIV/AIDS Statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in the Black Sea region of Ukraine / К. О. Talalaev et al. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 7. P. 805–820.

203. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 10–22.

204. Talalayev K. A., Kozishkurt E. V. Registration of acute viral hepatitis – an “Iceberg phenomenon”. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018. Vol. 8, № 5. P. 390–398.

205. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з ВГВ та ВГС в Причорноморському регіоні України, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки / Талалаєв К. О., Вастьянов Р. С., Гойдик В. С., Руснак С. В. *Вісник морської медицини*. 2019. № 3. С. 13–21.

206. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 544 с.

207. Stock J. H., Watson M. W. Regression with a Single Regressor: Hypothesis Tests and Confidence Intervals. *Introduction to Econometrics*. Boston : Pearson Addison-Wesley, 2011. P. 163–164.

208. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України від 05 лип. 2001 р. № 2586. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 49. Ст. 258.

209. Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року : постанова Каб. Міністрів України від 29 квіт. 2013 р. № 637. *Верховна*

Рада України : веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/637-2013-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.02.2020).

210. Про затвердження плану заходів з виконання спеціальної умови глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках гранту 9-го раунду за компонентом «Туберкульоз» : наказ МОЗ України від 31 груд. 2013 № 1169. URL: <https://moz.gov.ua/nakazi-moz> (дата звернення 22.02.2020).

211. Талалаєв К. О. Предикція в українській медицині – сучасний інструмент покращення якості життя громадян (огляд літератури). *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 21. С. 171–177. DOI: 10.24061/2413-0737.XXI.4.84.2017.139.

212. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. № 27. P. 19–21.

213. Талалаєв К. О. Організація системи охорони здоров'я стосовно попередження соціальних і хронічних хвороб в Україні. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2019. № 7. P. 22–26.

214. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. № 27. P. 19–21.

215. Талалаєв К. О. Порівняльний аналіз ефективності впровадження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ/СНІДу в Одеській, Херсонській та Миколаївській областях у 2014-2018 рр. *The scientific heritage*. 2019. № 37. С. 23–27.

216. Загальне фінансування Нацпрограми 2014–2018 рр. *Міністерство охорони здоров'я України* : веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/richni-plani-ta-zviti> (дата звернення 22.02.2020).

217. Про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на здійснення заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки : рішення Рахункової палати від 11 квіт. 2017 р. № 9-1. Київ, 2017. 49 с.

218. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05 лют. 2015 р. № 157-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 13. Ст. 91.

219. Про внесення змін до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» щодо добровільного приєднання територіальних громад сіл, селищ до територіальних громад міст республіканського Автономної Республіки Крим, обласного значення : Закон України від 03 квіт. 2018 р. № 2379-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 20. Ст.190.

220. Про внесення змін до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» щодо спрощення процедури затвердження перспективних планів формування територій громад Автономної Республіки Крим, областей : Закон України від 12 груд. 2019 р. № 348-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2020. № 13. Ст.69.

221. Пасечник О. А., Стасенко В. Л. Подходы к совершенствованию системы эпидемиологического надзора за туберкулезной инфекцией в современных условиях. *Медицинский альманах*. 2019. № 1. С. 28–32.

222. Про нормативно-правове регулювання протитуберкульозних заходів на сучасному етапі / Авербух Л. Г., Поздняков С. В., Недужко О. О., Славіна Н. Г. *Інфекційні хвороби*. 2010. № 3. С. 70–81. URL: http://interhealth.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=148:2010-12-23-14-48-05&catid=37:2008-10-16-06-58-18&Itemid=28 (Last assessed: 22.02.2020).

223. Про затвердження Плану заходів щодо виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки : наказ МОЗ України від 16 січ. 2013р. № 25. URL: <https://moz.gov.ua/nakazi-moz> (дата звернення 22.02.2020).

224. Туберкульоз : адаптована клін. настанова, заснована на доказах / Держ. експерт. центр МОЗ України. Київ, 2014. 363 с.

225. За 2006 рік. *Центр медичної статистики МОЗ України* : веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/im/upload/2006.zip> (дата звертання: 22.02.2020).

226. За 2016 рік. *Центр медичної статистики МОЗ України* : веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/im/upload/2016.zip> (дата звертання: 23.02.2020).

227. Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Херсонській області : звіт. Київ : МБФ Альянс громад. здоров'я, 2018. 48 с.

228. Риженко Н., Анікейчик Т., Резвих Т. Звіт щодо оцінки Обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Херсонській області. Київ : МБФ Альянс громад. здоров'я, 2018. 48 с. URL: <http://lepetykha-rda.gov.ua/sites/default/files/files/zvit.pdf> (дата звернення 22.02.2020).

229. Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Миколаївській області : звіт / О. І. Черненко та ін. Київ : МБФ Альянс громад. здоров'я, 2018. 72 с.

230. Одеська обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам на 2016-2018 роки : додаток до рішення Одеської обласної ради від 26 трав. 2016 р. № 141-VII. Одеса : Одес. обл. рада, 2016.

231. Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Миколаївській області : звіт / О. Черненко и др. Київ : МБФ Альянс громад. здоров'я, 2018. 72 с.

232. Про виконання заходів обласної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки за 2009–2011 рр. : звіт Одес. обл. центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Одеса, 2012. 8 с.

233. Картування послуг для груп, вразливих до інфікування ВІЛ, у п'яти областях України : Дніпропетровській, Львівській, Миколаївській, Одеській та Чернігівській / О. Дорошенко та ін. Київ, 2014. 49 с.

234. Напрямки діяльності ВБФ "Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ". *100% LIVE*: веб-сайт. URL: <https://network.org.ua/ru/access->

[dostup-lzhv-k-uslugam-po-uhodu-y-lechenyyu-vych-cherez-ukreplenye-system-zdravoohranenyua/](#) (дата звернення 12.12.2019).

235. Талалаєв К. О. Вірусний гепатит В в Одеській області. 30-річний екскурс в проблему соціально значущих інфекційних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 6. С. 4–9.

236. Степаненко В. І., Короленко В. В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2012. № 1. С. 10–17.

237. Talalayev K., Kozishkurt O., Golubyatnikov N. The justification of the necessity of integrated medical help for patients with diseases of social significance (based on results of the target group survey). *Georgian Medical News*. 2019. № 7/8. С. 32–38.

238. Талалаєв К. О. Соціальні та економічні наслідки, спричинені ВІЛ-інфекцією. *Polish Journal of Science*. 2019. Vol. 1, № 20. Р. 8–11.

239. Хантаєва Н. С. Совершенствование организации выявления туберкулеза среди населения и повышение качества диспансерного наблюдения больных : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : 14.00.33. Красноярск, 2007. 23 с.

240. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом / ВОЗ. Женева : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2019. 10 с. URL: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 24.11.2019).

241. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. / ВОЗ. Женева, 2007. 70 с.

242. Совершенствование ведения пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез на основе результатов психологического тестирования / Мордык А. В., Удалова Т. Ю., Ситникова С. В., Леденева Т. Н. *Забайкальский медицинский вестник*. 2014. № 4. С. 92–100.

243. Bacterial sexually transmitted infections among HIV-infected patients in the United States: estimates from the medical monitoring project / E. W. Flagg et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2015. Vol. 42. P. 171–179. DOI:10.1097/OLQ.0000000000000260.

244. Kalichman S., Pellowski J., Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS. *Sexually Transmitted Infections*. 2011. Vol. 87. P. 183–190. DOI: 10.1136/sti.2010.047514.

245. Bacterial Sexually Transmitted Infections Among HIV-Infected Patients in the United States / E. Flagg et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2015. Vol. 42, № 4. P. 171–179. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000260.

246. Riley S., Gustavo A., Fenton K. Enhancing HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Disease, and Tuberculosis Prevention in the United States Through Program Collaboration and Service Integration: The Case for Broader Implementation. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013. Vol. 40, № 8. P. 663–668. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000002.

247. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review / E. Caitlin et al. *BMJ*. 2017. Vol. 7, № 6. P. e015310. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015310.

248. Талалаєв К. О. Актуальні питання удосконалення системи протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *Інтегративна антропологія*. 2019. № 1. С. 4–14.

249. WHO global strategy on people-centred and integrated health services : interim report / WHO. Geneva : WHO, 2015. 45 p. URL: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/> (Last assessed: 07.10.2019).

250. Gröne O., Garcia-Barbero M. Trends in integrated care – reflections on conceptual issues. Copenhagen : WHO, 2002. 164 p.

251. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. London : The King's Fund, 2013. 22 p. URL: <http://www.integratedcarefoundation.org> (Last assessed: 17.01.2020).

252. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Cambridge : RAND Europe, 2012. 131 p.

253. Shaw S., Rosen R., Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in NHS. London : Nuffield Trust, 2011. 23 p. URL: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf (Last assessed: 13.12.2019).

254. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe. *Seminar at Research University*, 27 Jun 2011. Brussels : High School of Economics, 2011. 26 p.

255. Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013. № 3. С. 24–43.

256. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004. Vol. 4. P. 10–19.

257. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні) : навч. посіб. Дніпропетровськ, 2016. 30 с.

258. Integrating Prevention Interventions for People Living With HIV Into Care and Treatment Programs / A. Medley et al. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015. Vol. 68. P. S286–S296. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000520.

259. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я : метод. рек. / Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Волчек В. В., Горбань А. Є. Київ, 2015. 45 с.

260. Методичні рекомендації щодо оцінювання державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: регіональний вимір / С. М. Серьогін та ін. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2007. 36 с.

261. Талалаєв К. О., Бабенко В. А., Пучкова Г. В. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект. *Одеський медичний журнал*. 2017. № 6. С. 63–67.
262. Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья : практ. пособие / под ред. К. Думчева. Киев : Альянс Ф. Клинтона УИИПОЗ, 2011.
263. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services / L. Sylla et al. *The International Journal on Drug Policy*. 2007. Vol. 18, № 4. P. 306–312.
264. Kodner D., Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*. 2002. Vol. 2. P. e12. DOI:10.5334/ijic.67 (Last assessed: 22.02.2020).
265. Talalayev K. O., Vastyanov R. S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 10. P. 291–298.

ДОДАТКИ

Додаток А-1

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Низова Н. М., Талалаєв К. А., Миронюк І. С. Роль первичного звена медико-санітарної допомоги населенню в системі протидії ВІС-інфекції половим путем в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІС-інфекція*. 2013. № 4. С. 7–13. *(Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).*

2. Талалаєв К. О. Предиктивна медицина – виклики і досягнення / К. О. Талалаєв // *Одеський медичний журнал*. 2016. № 4 (156). С. 69 – 74.

3. Талалаєв К. О. Від лікувальної допомоги до предиктивної медицини. Ознаки розвороту тренду / К. О. Талалаєв // *Вісник морської медицини*. 2016. № 4 (73). С. 7–11.

4. Талалаєв К. О. Предикція в українській медицині – сучасний інструмент покращення якості життя громадян (огляд літератури) / К. О. Талалаєв // *Буковинський медичний вісник*. 2017. Т.21, № 4 (84). С. 171 – 177.

5. Талалаєв К. О. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект / К. О. Талалаєв, В. А. Бабенко, Г. В. Пучкова // *Одеський медичний журнал*. 2017. № 6 (164). С. 63 – 67. *(Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).*

6. Чатковская-Цыбуля В. А. Оценка психоэмоционального состояния ВИС-инфицированных женщин / В. А. Чатковская-Цыбуля, И. Н. Шухтина, В. С. Гойдык, В. В. Шухтин, В. Н. Скнар, К. А. Талалаев // *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2018. №2(52). С. 64 – 71. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз матеріалів про*

психоемоційний стан пацієнток із ВІЛ/СНІДом, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

7. Talalayev K. A., Kozishkurt E. V. Registration of acute viral hepatitis – an “Iceberg phenomenon”. Journal of Education, Health and Sport. 2018. № 8(5). P. 390 – 398. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

8. Козішкурт О. В. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України / О. В. Козішкурт, К. О. Талалаєв, М. І. Голубятников, М. М. Лебедюк, А. І. Савчук // Вісник проблем біології і медицини. 2018. Вип.3 (145). С. 62 – 67. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з соціально небезпечними хворобами на півдні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

9. Козішкурт О. В. Сучасні етіологічні та епідеміологічні риси гострих вірусних уражень печінки / О. В. Козішкурт, К. О. Талалаєв, М. І. Голубятников, В. В. Бабієнко, А. І. Савчук, Н. В. Єремєєва, І. В. Пашков // Вісник морської медицини. 2018. № 3 (80). С. 45 – 56. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

10. Талалаєв К. О. Проблемні питання епідемічного процесу деяких соціально небезпечних хвороб в Одеській області / К. О. Талалаєв, О. В. Козішкурт, М. М. Лебедюк, М. І. Голубятніков, Г. В. Пучкова // Одеський медичний журнал. 2018. № 4 (168). С. 5 – 11. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з соціально небезпечними хворобами в Одеській області, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

11. Талалаєв К. О. Державна політика України в галузі організації охорони здоров'я щодо попередження соціальних і хронічних хвороб / К. О. Талалаєв // Одеський медичний журнал. 2019. № 1 (171). С. 5 – 16.

12. Талалаєв К. О. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом) / К. О. Талалаєв // Вісник морської медицини. 2019. №1 (82). С. 6 – 13.

13. Талалаєв К. О. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) / К. О. Талалаєв, В. С. Гойдик, Р. С. Вастьянов, А. В. Тодорова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. 2019. № 3 (38). С. 27 – 35. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ інфекції в Причорноморському регіоні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

14. Талалаєв К. О. Прогнозно-аналітичні дослідження – сучасній інструмент математичного моделювання закономірностей процесів розповсюдження соціально небезпечних інфекційних захворювань в Причорноморському регіоні України / К. О. Талалаєв // Science of Europe. 2019. Vol. 1, No 41. P. 27 – 29.

15. Талалаєв К. О. Організація системи охорони здоров'я стосовно попередження соціальних і хронічних хвороб в Україні / К. О. Талалаєв // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). 2019. - N7(47). P. 22 – 26.

16. Талалаєв К. О. Порівняльний аналіз ефективності впровадження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ/СНІДу в Одеській, Херсонській та Миколаївській областях у 2014-2018 рр. / К. О. Талалаєв // The scientific heritage. 2019. N 37.P. 23 – 27.

17. Talalayev K. Ukraine`s public health policy on social and chronic diseases prevention / K. Talalayev // Danish Scientific Journal. 2019. N27. P. 19 – 21.

18. Талалаєв К. О. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / К. О. Талалаєв, В. С. Гойдик, Р. С. Вастьянов, А. В. Тодорова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. №2(80). С. 10 – 22. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації*

з туберкульозу В Причорноморському регіоні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

19. Талалаєв К. О. Актуальні питання удосконалення системи протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України / К. О. Талалаєв // Інтегративна антропологія. 2019. № 1. С. 4 – 14

20. Талалаєв К. О. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки / К. О. Талалаєв, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, С. В. Руснак // Вісник морської медицини. - 2019. № 3 (84). С. 13 – 21. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів в Причорноморському регіоні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

21. Talalayev K. The justification of the necessity of integrated medical help for patients with diseases of social significance (based on results of the target group survey) / K. Talalayev, O. Kozishkurt, N. Golubyatnikov // Georgian Medical News. 2019. N 7 – 8 (292-293). P. 32 – 38. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з соціально небезпечними хворобами на півдні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

22. Талалаєв К. О. Соціальні та економічні наслідки, спричинені ВІЛ-інфекцією / К. О. Талалаєв // Polish Journal of Science. 2019. Vol. 1, N20. P. 8 – 11.

23. Talalaeв K. O. HIV/AIDS Statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in the Black Sea region of Ukraine // K. O. Talalaeв, V. S. Hoуdyk, R. S. Vastyanov, A. V. Todorova // Journal of Education, Health and Sport. 2019. Vol. 9, N 7. P. 805 – 820. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу в Причорноморському регіоні України, її соціологічний аналіз, математична обробка отриманих результатів, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

24. Talalayev K. O. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine / K.

O. Talalayev, R. S. Vastyanov // Journal of Education, Health and Sport. 2019. Vol. 9, N 10. P. 291 – 298. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з соціально небезпечними хворобами в Причорноморському регіоні України, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

25. Талалаєв К. О. Вірусний гепатит В в Одеській області. 30-річний екскурс в проблему соціально значущих інфекційних захворювань / К. О. Талалаєв // Одеський медичний журнал. 2019. № 6 (176). С. 4 – 9

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Талалаєв К. А. Влияние на стигму и дискриминацию в отношении людей, живущих с ВИЧ, проявляемые со стороны медицинских и социальных работников / К. А. Талалаєв, Е. П. Грибова // Матеріали IV науково-практичної конференції з питань ВІЛ/СНІДу в Східній Європі та Центральній Азії, 12-13 травня, 2014 р., м. Москва. С. 202. *(Дисертанту належить ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу, формулювання висновків та підготовка статі до друку).*

2. Талалаєв К. О. Формирование ответа общества на потребности подростков в сфере защиты их прав на репродуктивное и сексуальное здоровье / К. О. Талалаєв // Buletin de perinatologie. Chişinău. 2014. N4 (64). P. 7 – 73.

3. Talalayev K. Opportunities of family medicine in the predictive direction / K. Talalayev // *(Congresul Societatii Nationale de Medicina Familiei)*. Матеріали Конгресу Національного товариства сімейної медицини, 26-29 жовтня 2016 р., м. Яси. С. 32 – 33.

4. Талалаєв К. О. Предиктивная медицина - перспективная составляющая комплекса качественных медицинских услуг периода детского и подросткового возраста / К. О. Талалаєв // Buletin de perinatologie. Chişinău. 2016. N3. P. 114 – 115.

5. Talalayev K. Forthcoming medicine opportunities based on the predictive direction / K. Talalayev // *(Nadchodzące możliwości medycyny w oparciu o kierunku*

uzupełniania. II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego). Матеріали II міжнародного конгресу Польського товариства охорони здоров'я, 24-25 листопада 2016 р., м. Вроцлав. С. 171 – 172.

6. Талалаєв К. О. Предикція – перспективна складова частина сучасної системи охорони здоров'я / К. О. Талалаєв // Україна. Здоров'я нації. 2017. С. 347 – 348.

7. Талалаєв К. О. Біоетичні аспекти застосування технології предикції в медицині / К. О. Талалаєв, М. В. Тверезовський // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти», присвячена 105-річчю пам'яті В.К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 147 – 148. *(Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання концепції предикції в медицині, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

8. Тверезовський М. В. Вакцинація громадян – запорука біобезпеки держави / М. В. Тверезовський, К. О. Талалаєв // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти», присвячена 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 151 – 153. *(Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

9. Павелко І. І. Турбота про здоров'я особистості – сучасний напрямок превентивної педагогічної ідеї / І. І. Павелко, К. О. Талалаєв, М. В. Тверезовський // *(International Scientific Conference "Modern Methodology of Science and Education")*. Матеріали міжнародної наукової конференції «Сучасна методологія науки та освіти», 18 вересня, м. Варшава, 2017. Vol.4. Р. 68 – 72. *(Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статі до друку)*.

10. Талалаєв К. О. Удосконалення напрямку протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України / К. О. Талалаєв // Альманах науки. 2019. - № 8 (29). С. 24 – 26 *(Матеріали III міжнародної*

науково-практичної конференції «Наука та інформація», 30-31 липня 2019 р., м. Київ).

11. Talalayev K. State policy in terms of social and chronic diseases prevention in Ukraine / Talalayev K. // (*XIV International Scientific and Practical Conference "International trends in Science and technology. Modern Methodology of Science and Education"*). Матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції «Міжнародні тенденції в галузі науки та техніки. Сучасна методологія науки та освіти», 31 серпня, 2019 р., м. Варшава. Т. 2. С. 8 – 10.

Апробація результатів дисертації.

Основні наукові положення дисертаційної роботи викладено та обговорено на науково-практичних конференціях різного рівня:

- IV науково-практична конференція з питань ВІЛ/СНІДу в Східній Європі та Центральній Азії (12-13 травня, 2014 р., м. Москва, Росія) - *публікація тез;*

- Конгрес Національного товариства сімейної медицини (26-29 жовтня 2016 р., м. Яси, Румунія) - *публікація тез;*

- II міжнародний конгрес Польського товариства охорони здоров'я «*Nadchodzące możliwości medycyny w oparciu o kierunki uzupełniania*» (24-25 листопада 2016 р., м. Вроцлав, Польща) - *публікація тез;*

- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти», присвячена 105-річчю пам'яті В.К. Високовича (23-24 травня 2017 р., м. Харків) - *усна доповідь, публікація тез;*

- Міжнародна наукова конференція "*Modern Methodology of Science and Education*" (18 вересня 2017 р., м. Варшава, Польща) - *публікація тез;*

- III міжнародна науково-практична конференція «*Наука та інформація*» (30-31 липня 2019 р., м. Київ) - *усна доповідь, публікація тез;*

- XIV міжнародна науково-практична конференція "*International trends in Science and technology. Modern Methodology of Science and Education*" (31 серпня, 2019 р., м. Варшава, Польща) - *публікація тез.*

Впровадження результатів дослідження:

- матеріали дослідження використано у пропозиціях при розробці наступних нормативно-правових актів:

а) на державному рівні:

- у пропозиціях до проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 рр., затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII;

б) на регіональному рівні:

- при розробці «Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 р. № 279-VII;

- при створенні комунального некомерційного підприємства (КНП) «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», затвердженого рішенням Одеської обласної ради від 16 червня 2017 р. № 429-VII;

в) на місцевому рівні:

- при підготовці Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018 – 2020 рр., затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018 р.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

- на профільних кафедрах: Одеського національного медичного університету; Івано-Франківського національного медичного університету; Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського; Харківського національного медичного університету; Запорізького державного медичного університету; Дніпропетровської медичної академії МОЗ України; Української медичної стоматологічної академії; Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця; медичного

інституту Сумського державного університету; Запорізького державного медичного університету;

- в Одеському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Херсонському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; в Херсонському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Одеському міському центрі профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом; в Одеському обласному клінічному медичному центрі; в Одеському міському протитуберкульозному диспансері; у фтизіопульмонологічному центрі Херсонської обласної ради; у фтизіопульмонологічному медичному центрі Миколаївської обласної ради; в НДІ гігієни праці та профзахворювань Харківського національного медичного університету (всього 26 актів впровадження).

Результати дослідження набули свого втілення у деклараційному патенті на корисну модель «Спосіб комплексної оцінки ступеня ризику інфікування збудниками соціально-небезпечних хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб» (висновок Укрпатенту від 21.08.2020 р. № 14758/ЗУ/20).

ДОДАТОК Б1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов

Р.С. Вастьянов 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Епідемічний процес, джерела збудників, механізм передачі, протиепідемічні заходи. Система предикції захворювань на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. – С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі загальної та клінічної епідеміології та біобезпеки Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Характеристики епідемічного процесу» та «Аналітичні та експериментальні методи в епідеміологічних дослідженнях».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про особливості епідемічного процесу, джерела збудників, механізм передачі при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити, а також про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри _____ 08 жовтня 2019 року протокол №2

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри загальної і клінічної
епідеміології та біобезпеки
Одеського національного медичного університету
д.мед.н.

М.І. Голубятников
М.І. Голубятников

ДОДАТОК Б2

“ЗАТВЕРДЖУЮ”



Ректор державного закладу «Дніпропетровська медична академія міністерства охорони здоров'я України»,
член-кореспондент НАМН України,
доктор медичних наук, професор
Т.О. Перцева

[Signature]
01 2020р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи к.мед.н. Талалаєва К.О.
“Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України”

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
2. **Установа-розробник, ПІБ авторів:** Одеський національний медичний університет, к.мед.н. доцент К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова
3. **Джерело інформації:** Талалаєв К.О. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу і областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. - №2(80). - С. 10-22; Талалаєв К.О. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції і Причорноморському регіоні України (2006-2018 рр.) / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов А.В. Тодорова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2019. - №3 (38). - С. 27-35
Talalayev K.O. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine / K.O. Talalayev, R.S. Vastyanov // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Базова установа, що проводить впровадження:** Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра гігієни та екології та (протокол № 7 від 2019 р.)
5. **Термін впровадження:** квітень 2019 р. - грудень 2019 р.
6. **Форма впровадження:** матеріали впроваджено у науково-педагогічну діяльність кафедри гігієни та екології.
7. **Ефективність впровадження:** підвищення ефективності профілактичних заходів з меток попередження розповсюдженості соціально значущих інфекційних захворювань та оптимізації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.
8. **Зауваження, пропозиції:** немає

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри гігієни та екології
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», д.мед.н., професор

Н.І. Рублевська

« 28 » 12 2019 р.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
 Проректор з наукової роботи
 Запорізького державного
 медичного університету
 професор Гуманський В.О.
 “10”  2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції:

Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні у період з 2006 по 2018 рр.

2. Ким і коли запропоновано:

Одеський національний медичний університет, К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова.

3. Джерело інформації:

Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. – №2 (80). - С. 10-22.

4. Місце впровадження :

Запорізький державний медичний університет.

5. Назва структурного підрозділу:

Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи.

6. Строки впровадження: вересень 2019 р. – лютий 2020 р.

7. Результати впровадження та ефективність:

Впровадження в навчальний процес результатів наукового дослідження підвищило рівень знань студентів з навчальних дисциплін «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» та «Громадське здоров'я».

8. Зауваження та пропозиції: запропоновані висновки на підставі проведеного аналізу результатів дослідження є актуальними і необхідними та рекомендуються до впровадження під час проведення семінарських занять і читання лекцій, особливо при викладанні Модуля 2 навчальної дисципліни «Громадське здоров'я», основою якої є ознайомлення та проведення епідеміологічного аналізу на прикладі соціально значущих хвороб.

Результати впровадження та пропозиції обговорені під час засідання кафедри (Протокол № 7 від 10.03.2020 р.)

Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри охорони здоров'я,
 соціальної медицини та
 лікарсько-трудової експертизи
 професор, д.мед.н.



В. Клименко



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи к.мед.н. Талалаєва К.О. «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України» у навчальний процес кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету

1. *Назва роботи:* Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.
2. *Автор:* Талалаєв К.О., к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету.
3. *Пропозиція для впровадження:* Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
4. *Актуальність дослідження:* В ході проведених досліджень визначені епідеміологічні чинники ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях півдня України, системно досліджено стан здоров'я населення та визначено потреби в окремих видах, формах і обсягах надання інтегрованої медичної допомоги з урахуванням засад предикції, які можуть бути надані хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.
5. *Установа-розробник:* Одеський національний медичний університет.
6. *Джерела інформації:*
 - Талалаєв К.О. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. - №2(80). - С. 10-22;
 - Талалаєв К.О. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2019. - №3 (38). - С. 27-35;
 - Talalayev K.O. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine / K.O. Talalayev, R.S. Vastyanov // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
7. *Базова установа, що проводить впровадження:* Кафедра загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету. (Протокол №6 від 17.12.2019 р.)
8. *Термін впровадження:* 01.01.2019 – 01.12.2019 рр.
9. *Форма впровадження:* Результати досліджень впроваджено у навчальний процес під час викладання розділу «Оцінка стану навколишнього середовища та його впливу на здоров'я населення».
10. *Кількість студентів, що прослухали курс:* 150.
11. *Соціально-економічний ефект:* розширення знань студентів про епідеміологічні чинники, а також захворюваність, поширеність та летальність населення за умов соціально значущих захворювань в Причорноморському регіоні України

Відповідальний за впровадження

А.І. Севальнев
к.мед.н., доц., завідувач кафедри загальної
гігієни та екології

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор
Івано-Франківського національного
медичного університету, д.бюл. н., професор
Т. М. Ерстенюк
« 02 » _____ 2020 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к. мед. н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерела інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. – С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі соціальної медицини та громадського здоров'я ІФНМУ при читанні лекцій та проведенні практичних занять за темами: «Захворюваність населення як медико-соціальна проблема», «Громадське здоров'я, функції та послуги».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів з епідеміології соціально значущих захворювань.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 02.01.2020 р., протокол № 6.

Відповідальний за впровадження:
Завідувачка кафедри соціальної медицини
та громадського здоров'я
Івано-Франківського національного медичного
університету, д.мед.н., професор

О. З. Децик

ДОДАТОК Б6

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

В.о. головного лікаря
 КНП «Миколаївський регіональний
 фтизіопульмонологічний медичний центр»
 Миколаївської обласної ради
 Поляков І.А.




20 20 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Миколаївського регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру протягом 2016-2019 р.р. при лікуванні хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні гепатити В та С було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 48. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на ВІЛ/СНІД в місті Миколаїв та Миколаївській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на туберкульоз, гепатити В і С та наявною тенденцією зменшення захворюваності на ВІЛ/СНІД, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Миколаїв та Миколаївській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (48 спостереження).

Завідувач відділенням Гончаров Д.В.


 Прізвище, ім'я та по-батькові, підпис

ДОДАТОК Б7



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ
ПІДПРИЄМСТВО
«ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
КЛІНІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР»
ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»
65049 м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1
тел. (+ 38048) 705-63-10, kuoomc@ukr.net

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
MUNICIPAL UNCOMERCIAL INTERPRICE
«ODESSA REGIONAL CLINICAL
MEDICAL CENTRE»
OF THE ODESSA REGIONAL COUNCIL»

65049 Odesa, str. Sudnobudivna, 1
tel. (+38048) 705-63-10, kuoomc@ukr.net

“ЗАТВЕРДЖУЮ”



Головний лікар
КНП «Одеський обласний клінічний
медичний центр»ООр»
професор Шухтін В.В.
_____ 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Одеського обласного клінічного медичного центру протягом 2018-2019 р.р. при лікуванні хворих на гепатити В і С було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 38. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на гепатити В і С в місті Одеса та Одеській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на гепатити В і С та наявною тенденцією зменшення поширеності гепатитів В і С, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Одеса та Одеській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (38 спостережень).

Завідувач відділенням



[Handwritten signature]

Бобрик Марсело Іванович
Прізвище, ім'я та по-батькові, ПІДПИС

ДОДАТОК Б8

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Головний лікар
КНП "Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер"
Одеської обласної ради
Фучижи І.С.



"23" 10 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Одеського обласного шкірно-венерологічного диспансеру протягом 2017-2019 р.р. при лікуванні хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (далі - ІПСШ) було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 47. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на ІПСШ в місті Одеса та Одеській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на ІПСШ, гепатити В і С та наявною тенденцією зменшення захворюваності на ІПСШ, зменшенням поширеності ІПСШ, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Одеса та Одеській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (47 спостережень).

Завідувач відділенням _____

Григорівська
Прізвище, ім'я та по-батькові, підпис
Г.Г.

ДОДАТОК Б9



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2017-2019 р.р. при лікуванні хворих на туберкульоз було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 51. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на туберкульоз в місті Херсон та Херсонській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на туберкульоз та наявною тенденцією зменшення захворюваності на туберкульоз, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Херсон та Херсонській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (51 спостереження).

Завідувач фтизіатричним
відділенням №2

Любомир МУЛЯРЧУК

ДОДАТОК Б10

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
 Головний лікар
 КУ «Міський протитуберкульозний
 диспансер» м.Одеси
 Леоненко-Бродецька О.М.

“3” січня 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Одеського міського протитуберкульозного диспансеру протягом 2017-2019 р.р. при лікуванні хворих на туберкульоз було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 59. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на туберкульоз в місті Одеса та Одеській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на туберкульоз, зменшенням поширеності туберкульозу, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Одеса та Одеській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (59 спостережень).

Завідувач відділенням

Л.В.С.

Звочева А.В.

Прізвище, ім'я та по-батькові, підпис

ДОДАТОК Б11

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
 Медичного інституту СумДУ
 А.М. Лобода



19 20 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи к.мед.н. Талалаєва К.О. "Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України" у навчальний процес кафедри громадського здоров'я СумДУ.

1. *Назва роботи:* Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.

2. *Автор:* Талалаєв К.О., к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету.

3. *Пропозиція для впровадження:* Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.

4. *Актуальність дослідження:* В ході проведених досліджень визначені епідеміологічні чинники ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях півдня України, системно досліджено стан здоров'я населення та визначено потреби в окремих видах, формах і обсягах надання інтегрованої медичної допомоги з урахуванням засад предикції, які можуть бути надані хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.

5. *Установа-розробник:* Одеський національний медичний університет.

6. Джерела інформації:

- Талалаєв К.О. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. - №2(80). - С. 10-22;
- Талалаєв К.О. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2019. - №3 (38). - С. 27-35;
- Talalayev K.O. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine / K.O. Talalayev, R.S. Vastyanov // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.

6. *Базова установа, що проводить впровадження:* Кафедра громадського здоров'я СумДУ. (Протокол № 4 від 20 листопада 2019 р.)

7. *Термін впровадження:* 01.01.2019 – 01.12.2019 рр.

8. *Форма впровадження:* Результати досліджень впроваджено у навчальний процес під час викладання дисциплін «Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я» та «Основи санітарно-епідеміологічного нагляду».

9. *Кількість студентів, що прослухали курс:* 150.

10. *Соціально-економічний ефект:* розширення знань студентів про епідеміологічні чинники, а також захворюваність, поширеність та летальність населення за умов соціально значущих захворювань в Причорноморському регіоні України

Відповідальний за впровадження

В.А. Сміянов

д.мед.н., проф., завідувач кафедри
 громадського здоров'я

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної роботи
та навчальної роботи Національного
медичного університету імені О.О.
Богомольця

професор О.М. Власенко

« 10 » _____ 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Назва впровадження:** Сучасні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
- Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
- Джерело інформації:** 1) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 4) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21.

Де впроваджено: На кафедрі медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини практичних занять за темою «Організація санітарного та епідемічного забезпечення населення в умовах надзвичайних ситуацій».

4. Терміни впровадження: 2019-2020 навч. рік.

5. Результати впровадження: Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України, спалах яких може привести до надзвичайних ситуацій в системі охорони здоров'я.

6. Зауваження та пропозиції: Немає.

7. Затверджено на засіданні кафедри 15 січня 2019 року протокол № 17.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри медицини надзвичайних
ситуацій та тактичної медицини
д.мед.н., професор



А. М. Гринзовський

ДОДАТОК Б13

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар клініки НДІ гігієни
праці та професійних захворювань
ХНМУ

к.мед.н.  О.Г. Мельник
« 27  2020р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Гігієнічні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. – С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** В клініці Науково-дослідного інституту гігієни праці та професійних захворювань Харківського національного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в процесі проведення профілактичних медичних оглядів працівників певних категорій, зайнятих на роботах зі шкідливими, або небезпечними умовами праці дозволяє розширити гігієнічну оцінку клімато-погодних умов та їх впливу на здоров'я людини, а також про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено на** робочому засіданні директорату НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ протокол № 8 від 24.02.2020р.

Відповідальний за впровадження:

Лікар - профпатолог кабінету профпатології
поліклінічно-консультативного відділення клініки



Рябоконт А.І.

ДОДАТОК Б14

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Головний лікар КУ «Одеський міський
центр профілактики та боротьби з ВІЛ-
інфекцією/СНІДом»


Новосвітний В.С.
"13" жовтня 2019 року

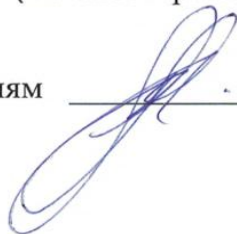


АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі КУ «Одеський міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» протягом 2017-2019 р.р. при лікуванні хворих на ВІЛ/СНІД було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 44. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на ВІЛ/СНІД в місті Одеса, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується наявною тенденцією зменшення захворюваності на ВІЛ/СНІД, зменшенням поширеності ВІЛ-інфекції, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Одеса, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (44 спостереження).

Завідувач відділенням _____



Бабенко О.І.

ДОДАТОК Б15

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов

« 22 » листопада 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Патолофізіологічні механізми взаємодії збудників інфекційних захворювань з макроорганізмом. Хвороба, патологічний стан, патологічний процес.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. - 2019. - Vol. 9, N 10. - P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі загальної та клінічної патологічної фізіології імені В.В. Подвисоцького Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Нозологія - загальне вчення про хворобу».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про особливості хвороби, патологічного стану та патологічного процесу при розвитку туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатитів, а також про патолофізіологічне підґрунтя концепції предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 21.11.2019 р., протокол № 4

Відповідальний за впровадження:
професор кафедри загальної та клінічної
патологічної фізіології імені В.В. Подвисоцького
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор

 Савицький І.В.

ДОДАТОК Б16

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов

« 17 » жовтня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Гігієнічні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. - 2019. - Vol. 9, N 10. - P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Методика гігієнічної оцінки клімато-погодних умов та їх впливу на здоров'я людини. Біоетичні аспекти та питання біобезпеки впливу природних та антропогенних чинників».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про гігієнічну оцінку клімато-погодних умов та їх впливу на здоров'я людини, а також про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 16 жовтня 2019 року протокол №2

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри гігієни та медичної екології
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор



Бабієнко В.В.

ДОДАТОК Б17

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету

д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов



2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Особливості маніфестації неспецифічних синдромів при захворюваннях на ВІЛ/СНІД.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. – С. 27-35; 2) Talalaev K.O., Hovydyk V.S., Vastyanov R.S., Todorova A.V. HIV/AIDS statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 7. – P. 805-820; 3) Talalayeв K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі дерматології та венерології Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «СНІД (класифікація, ураження шкіри та слизових оболонок)».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про особливості клінічного перебігу, джерела збудників, механізм передачі при ВІЛ/СНІД в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 23 жовтня 2019 року протокол №3.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри дерматології та венерології
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор

Лебедюк М.М.

ДОДАТОК Б18

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету

д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов



2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Особливості маніфестації неспецифічних синдромів при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. - 2019. - Vol. 9, N 10. - P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі професійної патології та функціональної діагностики Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Неспецифічні синдроми в клініці професійних захворювань» та «Професійні захворювання і професійні отруєння в окремих галузях промисловості та сільського господарства».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про особливості епідемічного процесу, джерела збудників, механізм передачі при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити, а також про особливості маніфестації неспецифічних синдромів при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 21 жовтня 2019 року протокол №3

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри професійної патології
та функціональної діагностики
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор

Ігнат'єв О.М.

ДОДАТОК Б19

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов
« 23 » жовтня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. - 2019. - Vol. 9, N 10. - P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Біостатистика як методологічна основа аналізу та оцінки здоров'я населення та системи охорони здоров'я. Основи доказової медицини» та «Епідеміологічні дослідження в охороні здоров'я, їх класифікація».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про епідеміологічні чинники, а також захворюваність, поширеність та летальність населення за умов соціально значущих захворювань в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 24 жовтня 2019 року протокол №4.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри соціальної медицини,
громадського здоров'я та медичного права
Одеського національного медичного університету
к.юрид.н.

Пучкова Г.В.

ДОДАТОК Б20

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор Р.С. Вастьянов



« 20 » жовтня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Особливості маніфестації неспецифічних синдромів при захворюваннях на туберкульоз.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21; 3) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі фтизіопульмонології Одеського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Збудник туберкульозу, види, шляхи попадання в організм людини» та «Первинний туберкульозний комплекс. Клініка, диференційний діагноз, неускладнений перебіг».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про особливості клінічного перебігу, джерела збудників, механізм передачі при туберкульозі в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 20 жовтня 2019 року протокол № 4

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри фтизіопульмонології

Одеського національного медичного університету
д.мед.н., професор

Мацегора Н.А.

ДОДАТОК Б21

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
професор І.М. Кліщ



2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. - 2019. - Vol. 9, N 10. - P. 291-298.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі громадського здоров'я і управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Біостатистика як методологічна основа аналізу та оцінки здоров'я населення та системи охорони здоров'я. Основи доказової медицини» та «Епідеміологічні дослідження в охороні здоров'я, їх класифікація».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 н.р.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про епідеміологічні чинники, а також захворюваність, поширеність та летальність населення за умов соціально значущих захворювань в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.
8. **Затверджено** на засіданні кафедри 10.01.2020 р., протокол № 1.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я
і управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського

д-р мед. наук, проф. Г.С. Сатурська

ДОДАТОК Б22

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Української військово-медичної академії
полковник медичної служби

Валерій САВИЦЬКИЙ

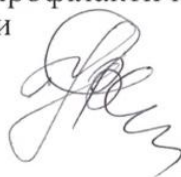
«*20*» *листопада* 20*19* р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва впровадження:** Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Гігієнічні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.
2. **Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.
3. **Джерело інформації:** 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). - С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. - С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. - 2019. - №3 (84). - С. 13-21.
4. **Де впроваджено:** На кафедрі кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії при проведенні лекційного курсу та практичних занять за навчальними дисциплінами «Епідеміологія» та «Загальна гігієна».
5. **Терміни впровадження:** 2019-2020 навч. рік.
6. **Результати впровадження:** Використання результатів наукових досліджень в навчальному процесі дозволяє розширити знання слухачів про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.
7. **Зауваження та пропозиції:** Немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор кафедри військово-профілактичної медицини
підполковник медичної служби
д.мед.н., доцент



Ірина ОГРОДНІЙЧУК

ДОДАТОК Б23

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Перший проректор Української
медичної стоматологічної академіїВ.М. Дворник
2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи к.мед.н. Талалаєва К.О. “Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України” у навчальний процес кафедри загальної гігієни, екології та охорони праці в галузі Української медичної стоматологічної академії

1. *Назва роботи:* Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.

2. *Автор:* Талалаєв К.О., к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету.

3. *Пропозиція для впровадження:* Епідеміологічні чинники соціально значущих захворювань. Основи доказової медицини. Захворюваність, поширеність та летальність при захворюваннях на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити в Причорноморському регіоні України.

4. *Актуальність дослідження:* В ході проведених досліджень визначені епідеміологічні чинники ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С в Одеській, Миколаївській та Херсонській областях півдня України, системно досліджено стан здоров'я населення та визначено потреби в окремих видах, формах і обсягах надання інтегрованої медичної допомоги з урахуванням засад предикції, які можуть бути надані хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України.

5. *Установа-розробник:* Одеський національний медичний університет.

6. Джерела інформації:

- Талалаєв К.О. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. - №2(80). - С. 10-22;
- Талалаєв К.О. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) / К.О. Талалаєв, В.С. Гойдик, Р.С. Вастьянов, А.В. Тодорова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2019. - №3 (38). - С. 27-35;
- Talalayev K.O. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine / K.O. Talalayev, R.S. Vastyanov // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.

6. *Базова установа, що проводить впровадження:* Кафедра гігієни, екології та охорони праці в галузі Української медичної стоматологічної академії. (Протокол № 9 від 27.12. 2019 р.)

7. *Термін впровадження:* 01.01.2019 – 01.12.2019 рр.

8. *Форма впровадження:* Результати досліджень впроваджено у навчальний процес під час викладання розділу «Біостатистика як методологічна основа аналізу та оцінки здоров'я населення та системи охорони здоров'я. Основи доказової медицини» та «Епідеміологічні дослідження в охороні здоров'я, їх класифікація».

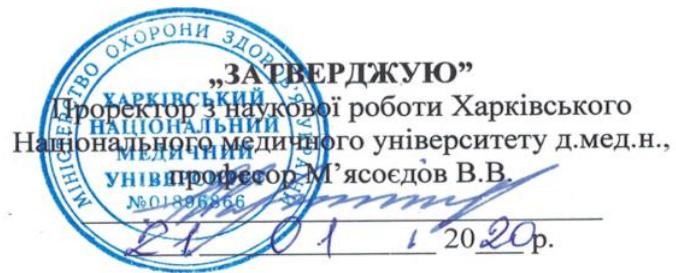
9. *Кількість студентів, що прослухали курс:* 150.

11. *Соціально-економічний ефект:* розширення знань студентів про епідеміологічні чинники, а також захворюваність, поширеність та летальність населення за умов соціально значущих захворювань в Причорноморському регіоні України

Відповідальний за впровадження

 О.В. Катрушов

д.мед.н., проф., завідувач кафедри гігієни, екології та охорони праці в галузі



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва впровадження: Захворювання на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України. Гігієнічні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити.

2. Установа-розробник, автор: Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, к.мед.н., доцент Талалаєв К.О.

3. Джерело інформації: 1) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 до 2018 р. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2019. - № 2 (80). – С. 10-22; 2) Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.) // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - 2019. - № 3. – С. 27-35; 3) Талалаєв К.О., Вастьянов Р.С., Гойдик В.С., Руснак С.В. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки // Вісник морської медицини. – 2019. – №3 (84). - С. 13-21; 4) Talalayev K.O., Vastyanov R.S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine // Journal of Education, Health and Sport. – 2019. – Vol. 9, N 10. – P. 291-298.

4. Де впроваджено: На кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету при проведенні лекційного курсу та практичних занять за темою «Методика вивчення і оцінка захворюваності населення найважливішими соціально-значущими захворюваннями».

5. Терміни впровадження: 2019 навч. рік.

6. Результати впровадження: Використання результатів наукових досліджень Талалаєва К.О. в навчальному процесі дозволяє розширити знання студентів про гігієнічну оцінку клімато-погодних умов та їх впливу на здоров'я людини, а також про концепцію предикції соціально значущих інфекційних хвороб в Причорноморському регіоні України.

7. Зауваження та пропозиції: дані о захворюваності на соціально значущі інфекційні хвороби в Причорноморському регіоні України, гігієнічні маркери предикції захворювання на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити рекомендується до запровадження в лекційний курс та практичні аудиторні заняття щодо викладання питань здоров'я населення в курсі навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я».

8. Результати впровадження пропозиції в навчальний процес підготовки магістрів в курсі викладання навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, протокол № 21 від 27 грудня 2019 р.,

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету,
доктор медичних наук, професор

В. А. Огнев

ДОДАТОК Б25

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Директор КНП «Херсонський
 обласний центр профілактики
 та боротьби зі СНІДом»
 Херсонської обласної ради
 Наталія РИЖЕНКО
 _____ 2019 року


АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі КНП «Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Херсонської обласної ради» протягом 2018-2019 р.р. при лікуванні хворих на ВІЛ/СНІД було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 53. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на ВІЛ/СНІД в місті Херсон та Херсонській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на туберкульоз, гепатити В і С та наявною тенденцією зменшення захворюваності на ВІЛ/СНІД, зменшенням поширеності ВІЛ-інфекції, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Херсон та Херсонській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (53 спостереження).

Завідуюча амбулаторно –
 поліклінічним відділенням



Світлана СМОЛІЄНКО

ДОДАТОК Б26

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар
Херсонського обласного
шкірно-венерологічного
диспансеру

Микола РИБАЛКО

« 08 » 20 19 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

В клінічній роботі Херсонського обласного шкірно-венерологічного диспансеру протягом 2018-2019 р.р. при лікуванні хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (далі - ППСШ) було застосовано основні методичні та практичні положення, які викладені в докторській дисертації к.мед.н. доцента кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету МОЗ України Талалаєва Костянтина Олександровича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання в Причорноморському регіоні України».

Загальна кількість спостережень – 45. Ефективність впровадження методів предикції, соціально обґрунтованої ранішньої діагностики, впливу визначення епідеміологічних чинників на захворюваність, поширеність, клінічний перебіг та летальність при захворюваннях на ППСШ в місті Херсон та Херсонській області, а також медико-експериментальна розробка методів прогнозування поширеності соціально значущих інфекційних захворювань та клінічна ефективність математичних розрахунків та соціально-статистичних рівнянь та розрахунків, запропонованих к.мед.н. Талалаєвим К.О., підтверджується зменшенням первинної захворюваності на ППСШ, гепатити В і С та наявною тенденцією зменшення захворюваності на ППСШ, зменшенням поширеності ППСШ, а також зменшенням захворюваності в цілому та летальності пацієнтів, хворих на соціально значущі інфекції в місті Херсон та Херсонській області, наслідком чого виявилися мінімізація частоти ускладнень та рецидивів захворювання, а також виражений економічний ефект (45 спостережень).

Завідуюча поліклінічним відділенням



Лілія ШАХОВА

АНКЕТА ПАЦІЄНТА

щодо задоволеності отриманою дерматовенерологічною допомогою

Шановний/а добродію/добродійко, пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості медичної допомоги в закладі, послугами якого Ви користуєтесь. Наступні запитання стосуються ступеня Вашої задоволеності отриманою медичною допомогою. Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою одну відповідь, яка здається Вам найбільш вдалою. Гарантуємо Вам анонімність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання поінформованою згодою на участь у дослідженні.

1. Ви зверталися до лікаря-дерматовенеролога:

- а) самостійно
- б) за направленням сімейного лікаря
- в) за направленням іншого лікаря

2. Як давно у Вас виникла потреба в консультації лікаря-дерматовенеролога?

- а) менше 1 місяця тому
- б) 1-3 місяці тому
- в) 4-6 місяців тому
- г) 6-12 місяців тому
- д) більше року тому

3) Наскільки Ви задоволені територіальною доступністю кабінету лікаря-дерматовенеролога:

- а) повністю задоволений, цілком зручне розташування
- б) задоволений, розташування скоріше зручне, ніж не зручне
- в) частково задоволений, скоріше не зручне розташування, ніж зручне
- г) ні, не задоволений, зовсім незручне розташування

4) Наскільки Ви загалом задоволені умовами надання медичної допомоги в кабінеті лікаря-дерматовенеролога (освітлення, оздоблення, меблі, чистота, оснащення діагностичною апаратурою і т. і.)

- а) повністю задоволений
- б) задоволений
- в) частково задоволений
- г) ні, не задоволений

5) Наскільки Ви задоволені повнотою наданої Вам інформації лікарем-дерматовенерологом про стан Вашого здоров'я, потреби в медичній допомозі та можливості задоволення цих потреб:

- а) повністю задоволений
- б) задоволений
- в) частково задоволений
- г) ні, не задоволений

6) Наскільки Ви задоволені результатом отриманої медичної допомоги, за якою зверталися до лікаря-дерматовенеролога?

- а) повністю задоволений
- б) задоволений
- в) частково задоволений
- г) ні, не задоволений

7) Як давно Ви отримуєте АРТ?

- а) не отримував ніколи
- б) отримую менше року
- в) отримую 1-5 років
- г) отримую 6-10 років
- д) отримую більше 10 років

8) Чи довелось Вам сплачувати за отриману консультацію лікаря-дерматовенеролога?

- а) Так
- б) ні

Якщо так, то:

9) Наскільки для Вас виявилася фінансово доступною консультація лікаря-дерматовенеролога:

- а) так, цілком доступно фінансово (не дорого)
- б) скоріше доступно, ніж не доступно
- в) скоріше не доступно, ніж доступно
- г) ні, цілком не доступно фінансово (дуже дорого)

10) Наскільки Ви загалом залишилися задоволеними відвідуванням лікаря-дерматовенеролога:

- а) повністю задоволений
- б) задоволений
- в) частково задоволений
- г) ні, не задоволений

11) Ваша стать:а) чоловіча б) жіноча **12) Ваша вікова група:**а) молодше 29 років б) 30-39 років в) 40-49 років г) 50-59 років д) 60 років і старше **13) Ваша освіта:**а) ніколи не навчався б) неповна середня в) середня або середня-спеціальна г) бакалавр д) магістр/спеціаліст **4) Соціальний статус:**а) працюю постійно б) працюю не постійно в) не працюю, студент/учень г) не працюю, пенсіонер д) не працюю тимчасово, хворий є) не працюю постійно, маю обмежені можливості ж) не працюю з інших причин **Щиро дякуємо Вам за участь в опитуванні!**

ДОДАТОК Г

Список експертів, які проводили оцінку концептуальної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання

№	П. І. Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія за фахом «Організація і управління охороною здоров'я»	Науковий ступінь
1	Антошук І.В.	КНП "Великомихайлівська центральна районна лікарня" Великомихайлівської районної ради Одеської області	Директор	Вища	
2	Бабенко О.І.	КНП "Одеський міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом" Одеської міської ради	Директор	Вища	
3	Бабієнко В.В.	Кафедра гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету	Завідувач		Доктор медичних наук
4	Бірюков В.С.	Кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права	Професор		Кандидат медичних наук
5	Васильєв К.К.	Кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права	Професор		Доктор медичних наук
6	Голубенко М.Ю.	КНП «Пологовий будинок № 2» Одеської міської ради	Директор	Вища	Доктор медичних наук
7	Голубятніков М.І.	Державна установа «Лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України на водному транспорті»	В.о. директора		Доктор медичних наук
8	Ігнат'єв О.М.	Кафедра професійної патології, клінічної та функціональної діагностики Одеського національного медичного університету	Завідувач		Доктор медичних наук
9	Кальчук Р.Д.	Військово-медичний клінічний центр Південного регіону Міністерства оборони України	Начальник	Вища	
10	Козішкурт О.В.	Кафедра загальної та клінічної епідеміології та біобезпеки Одеського національного медичного університету	Доцент		Кандидат медичних наук

11	Кондратюк Л.І.	КНП «Шкірно-венерологічний диспансер Одеської обласної ради»	Директор	Вища	
12	Лебедюк М.М.	Кафедра дерматології та венерології Одеського національного медичного університету	Завідувач		Доктор медичних наук
13	Літвак А.І.	Кафедра гуманітарних та соціально-політичних наук ОРІДУ НАДУ	Доцент		Кандидат медичних наук
14	Мацегора Н.А.	Кафедра фтизіопульмонології Одеського національного медичного університету	Завідувач		Доктор медичних наук
15	Ніточко О.І.	КНП «Одеська обласна дитяча (шкірно-венерологічна лікарня)» Одеської обласної ради	Директор	Вища	
16	Рожко П.Д.	КНП «Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»	Директор		Доктор медичних наук
17	Солтик С.М.	КНП «Чорноморська лікарня» Чорноморської міської ради Одеської області	Директор	Вища	
18	Турчин М.І.	КНП "Міська клінічна лікарня № 11" Одеської міської ради	Директор	Вища	
19	Харченко Ю.П.	Кафедра дитячих інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету	Завідувач		Доктор медичних наук
20	Черниш В.І.	КНП "Міська студентська поліклініка" Одеської міської ради	Директор	Вища	
21	Чуйко О.М.	КНП "Теплодарська центральна міська лікарня" Теплодарської міської ради	Директор	Вища	
22	Шилик Е.А.	КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Одеської міської ради	Заступник директора з медичного обслуговування населення	Вища	
23	Фомін Д.А.	КНП «Любашівська центральна районна лікарня» Любашівської районної ради в Одеській області	Директор	Вища	
24	Юрченко В.В.	КНП "Консультативно-діагностичний центр № 20" Одеської міської ради	Директор	Вища	

АНКЕТА ЕКСПЕРТА

З ОЦІНКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ
ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Вельмишановний експерте!

Вам пропонується за Вашою згодою надати експертну оцінку концептуальної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання.

Модель обґрунтована і розроблена доцентом кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права Одеського національного медичного університету К. О. Талалаєвим (науковий консультант – професор В. С. Гойдик, старший науковий співробітник ДП Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України) в межах дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація Соціальна медицина) (рис. моделі додається).

Прохання надати експертну оцінку за п'ятибальною шкалою шляхом відмітки у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку:

№	Складові елементи запропонованої моделі	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
1	Орієнтованість концептуальної моделі на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з соціально значущими інфекційними захворюваннями (наявність ко-інфекцій зараз або в анамнезі, супутні соматичні захворювання, ризикова поведінка, чинники ризику додаткового інфікування)					
2	Профілактична спрямованість концептуальної моделі (удосконалені інформаційні технології для пацієнтів з питань здорового способу життя, профілактики інфікування та / або зменшення впливу чинників ризику інфікування соціально значущими інфекційними захворюваннями)					
3	Концептуальна модель орієнтована на зменшення ризиків інфікування та покращення якості надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (за критеріями підвищення доступності, пацієнт-орієнтованості, економічної ефективності)					
4	Концептуальна модель передбачає міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання					

№	Складові елементи запропонованої моделі	Оцінка в балах				
		1	2	3	4	5
5	Концептуальна модель спрямована на підвищення якості навчання та безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів, інфекціоністів, фтизіатрів, які надають медичну допомогу хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (створення міждисциплінарних навчальних планів і програм навчальних циклів; активізація вітчизняних наукових досліджень за напрямком)					

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

«__» _____ 2020 р.

ПІБ експерта

Посада експерта

Підпис експерта



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: http://www.moz.gov.ua, код ЄДРПОУ 00012925

**Одеський національний медичний
університет**

Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ України) інформує про таке.
Талалаєв Костянтин Олександрович тісно співпрацював з
ДУ "Український Центр СНІДу МОЗ України" з вересня 2010 року по травень
2012 року з питань особливостей впровадження програм лікування ВІЛ/СНІДу,
туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вірусного
гепатиту С та замісної підтримувальної терапії для уразливих груп населення,
формування комплексного підходу та розбудови центрів інтегрованих послуг.

З 2010 року до 2014 року Талалаєв К.О. активно працював в рамках
діяльності робочих груп МОЗ України з питань підвищення доступу уразливих
груп населення до профілактики та лікування ІПСШ (затверджено наказом
МОЗ України від 06.11.2007 р. №341-Адм.), з питань консультування та
тестування на ВІЛ-інфекцію (затверджено наказом МОЗ України від 12.06.2008
р. №215-Адм.) та з питань розробки та поновлення уніфікованих клінічних
протоколів (клінічних настанов) України з профілактики, діагностики та
лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом.

З січня 2012 року до 2014 року Талалаєв К.О. в рамках роботи
Громадської ради при Державній службі України з питань протидії ВІЛ-
інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань надавав
консультації, пропозиції та рекомендації щодо розробки плану заходів з питань
ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, ІПСШ, вірусного гепатиту С на
національному рівні, проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми
протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затвердженої Законом України
від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII.

**Заступник Міністра - головний
державний санітарний лікар України**

Віктор ЛЯШКО



Міністерство охорони здоров'я України
01.5/27971/2-20 від 21.09.2020
Ляшко Віктор Кирилович

Міністерство охорони здоров'я України
01.5/27971/2-20 від 21.09.2020





ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

65107, м. Одеса, вул. Канатна, 83, тел. (048) 736 13 00

E-mail: zravdelo@odessa.gov.ua

17.08.2020 № 01-15/3249

Довідка

Департаментом охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації підтверджується активна участь Талалаєва Костянтина Олександровича в роботі міжсекторальної робочої групи з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії при координаційній раді Одеської обласної державної адміністрації протягом 2011 - 2015 років.

Рекомендації, які надавав Талалаєв К.О. були прийняті до уваги та покладені в основу обласної цільової соціальної програми, що була розроблена на підставі розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 356 «Про схвалення концепції загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 - 2018 років» та Закону України «Про затвердження загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки».

Пропозиції Талалаєва К.О. були підґрунтям для утворення комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради».

Т. в. о. директора



Наталія ОДАРІЙ-ЗАХАР'ЄВА

Одеська міська рада
ДЕПАРТАМЕНТ
ВНУТРІШНЬОЇ ПОЛІТИКИ
вул. Косовська, 2Д, м. Одеса, 65074, Україна
тел. 705-40-66; 705-40-65; факс 705-40-63;
e-mail: politica@omr.gov.ua



Одесский городской совет
ДЕПАРТАМЕНТ
ВНУТРЕННЕЙ ПОЛИТИКИ
ул. Косовская, 2Д, г. Одесса, 65074, Украина
тел. 705-40-66; 705-40-65; факс 705-40-63;
e-mail: politica@omr.gov.ua

11.08 2020 р. № 01.1-11/228

на № _____ від _____ 2020 р.

Довідка

Надана в тому, що Талалаєв Костянтин Олександрович розпорядженням Одеського міського голови №1094-01р від 09.10.2013р. був призначений членом робочої групи з охорони здоров'я координаційної ради керівників громадських та благодійних організацій при Одеському міському голові, очолював її та брав активну участь в роботі міської координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, наркоманії, туберкульозу та подолання дитячої безпритульності протягом 2013-2016 років.

За ініціативи та під безпосереднім керівництвом Талалаєва К.О. в 2015 році був проведений ситуаційний аналіз стану медико-соціальної допомоги хворим на гепатит С в місті Одеса та розроблена стратегія створення ефективної системи надання медико-соціальної допомоги хворим на гепатит С та її адвокації в місті Одеса.

Пропозиції К.О. Талалаєва знайшли відображення в Міській цільовій програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018-2020 роки (затверджена рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018 р.).

З повагою
директор департаменту



О.С. Жильцов