

Національний університет "Чернігівський колегіум" імені Т.Г.Шевченка

Природничо-математичний факультет

Кафедра біології

Кваліфікаційна робота

освітнього ступеня «магістр»

на тему

Епідеміологія серцево-судинних захворювань у
Чернігівській області та їх профілактика в системі
громадського здоров'я

Виконав:

студент 2 курсу магістратури, 67 групи
спеціальності

229 Громадське здоров'я

Бойко В.В.

Науковий керівник:

к.б.н., доц. Демченко Н.Р.

Чернігів – 2025

Роботу подано до розгляду « 18 » червня 2025 року.

Студент (ка) Байра Трояно В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Науковий керівник Денис Демченко Н. Р.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Рецензент с/р/ Ткаченко С. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри

Біологія
(назва кафедри)

протокол № 12 від « 11 » червня 2025 року.

Студент (ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри Ж Михед 0.5
(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	7
1.1. Оперативні функції громадського здоров'я.....	7
1.2. Фактори ризику хвороб системи кровообігу.....	9
1.3. Досвід профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та світі.....	15
РОЗДІЛ ІІ МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	25
РОЗДІЛ ІІІ ДИНАМІКА ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	27
3.1. Причини смертності всього населення Чернігівської області.....	27
3.2. Причини смертності населення в працездатному віці.....	29
3.3. Фактори ризику серцево-судинних захворювань серед студентів і викладачів.....	33
3.4. Рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань	45
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	53

ВСТУП

Актуальність дослідження. Захворювання органів серцево-судинної системи спільно з іншими неінфекційними (цукровим діабетом, онкологічними) та хронічними респіраторними захворюваннями на сьогоднішній день серйозно загрожують здоров'ю та життю людей. Атеросклероз та супутні захворювання органів системи кровообігу, особливо ішемічна хвороба серця [17] та гіпертонічна хвороба [20] продовжують бути основною причиною захворюваності інвалідності та смертності як у світі та Європі так і в Україні. Це питання має не лише медичне, а й вагоме соціально-економічне значення. Щороку в нашій країні через хвороби системи кровообігу інвалідність отримують приблизно 14-15 осіб на кожні 10 тисяч дорослого населення. Частка смертей, спричинених захворюваннями системи кровообігу сягає 66,5 %, тоді як від онкологічних захворювань – 13,9%, патологій органів травлення – 6,5 %, а від зовнішніх причин – 6,6%. Стає зрозумілим, що знизити рівень серцево-судинної смертності в Україні виключно через масштабне застосування сучасних високотехнологічних методів лікування неможливо. Відтак, питання профілактики, які у розвинених країнах стали ключовою стратегією для збільшення тривалості життя, здобувають особливої важливості для нашої країни [17].

В Україні формується система громадського здоров'я відповідно до діючих нормативно-правових актів, зокрема Конституції України [5], Законів України «Про систему громадського здоров'я»[13] та «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6]. Спеціалізованих законодавчих актів присвячених виключно серцево-судинним захворюванням нема але існують нормативно-правові акти та програми, спрямовані на профілактику це Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань: затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. [4], Закони України «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну»: був ухвалений 16 грудня 2021 року [11] та «Про заходи щодо попередження та

зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»: цей законодавчий документ прийнятий 22 вересня 2005 року [12]. Окрім цього, Міністерством охорони здоров'я України було ухвалено протокол «Профілактика серцево-судинних захворювань» [19], який містить рекомендації щодо профілактики цих хвороб, а також було ухвалено Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» від 12 січня 2015 р. [14].

Мета роботи: дослідження розповсюдження хвороб системи кровообігу у Чернігівській області.

Об'єкт дослідження: поширення хвороб системи кровообігу серед населення.

Предмет дослідження: динаміка показників захворюваності, смертності та інвалідизації від хвороб системи кровообігу у Чернігівській області за 2020-2024 роки

Завдання роботи:

- 1) Аналіз теоретичних основ епідеміології серцево-судинних захворювань, визначення основних факторів ризику та оцінка ефективності існуючих профілактичних програм.
- 2) Визначити динаміку поширеності, захворюваності, смертності, інвалідизації через захворювання системи кровообігу в Чернігівській області за 2020-2024 роки, виявити тенденції та ключові проблеми
- 3) Провести анкетування студентів та викладачів університету з метою визначення рівня обізнаності щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань та їх поширеності у студентському середовищі.
- 4) Провести аналіз отриманих результатів опитування, визначити найбільш поширені та впливові фактори ризику серед студентів та викладачів.
- 5) Обґрунтувати розробку рекомендацій щодо покращення профілактики серцево-судинних захворювань у системі громадського здоров'я, враховуючи отримані результати дослідження.

Методи досліджень: теоретичного аналізу, статистичний, соціологічні, оцінки профілактичних заходів.

Апробація. Апробація результатів дослідження на конференції Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик у їх навчання 7 грудня 2023 року, м. Чернігів (додаток А) та на конференції Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик у їх навчання 20 листопада 2024 року (додаток Б).

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1 Оперативні функції громадського здоров'я

Міжнародне законодавство визначає 10 оперативних функцій, тоді як у національному законодавстві їх передбачено 13, що свідчить про розширення сфери регулювання та адаптацію до специфічних умов України. Оперативні функції громадського здоров'я встановлено згідно із законом «Про систему громадського здоров'я» [13], а для нашого дослідження є найбільш актуальними саме третя, четверта, сьома та дванадцята.

Третя оперативна функція – захист здоров'я населення безпосередньо пов'язана з нашим дослідженням оскільки вона передбачає заходи спрямовані на зменшення поширеності захворюваності, смертності та інвалідизації, зумовлених хворобами серцево-судинної системи. Ця функція передбачає дослідження поширеності серцево-судинних захворювань, визначення формуючих чинників, що сприяють їхньому розвитку, обґрунтування розробки профілактичних заходів на рівні новоствореної системи громадського здоров'я, а також просвітницьку роботу серед населення щодо методів запобігання серцево-судинним захворюванням. Дане дослідження сприяє реалізації третьої оперативної функції через оцінку стану здоров'я населення, розробку стратегій профілактики та впровадження науково-обґрунтованих методів у системі громадського здоров'я. Відповідно до четвертої оперативної функції громадського здоров'я це підвищення якості здоров'я через управління соціальними детермінантами вирівнювання показників здоров'я. Оперативна функція проявляється у рішучості влади впливати на фактори ризику таких як ожиріння, куріння, неправильне незбалансоване харчування, гіподинамія, артеріальна гіпертензія, артеріальний тиск. Сьома функція – профілактика хвороб, зокрема раннє виявлення. Профілактика хвороб системи кровообігу включає первинну вторинну та третинну. Первинна профілактика передбачає запобігання виникненню захворювань через ведення здорового способу життя

та контролю факторів ризику вона здійснюється через систему громадського здоров'я. На другому рівні профілактики здійснюють ранню діагностику та терапію вже виявлених захворювань серцево-судинної системи, щоб запобігти ускладненням. Вона передбачає регулярні обстеження: вимірювання артеріального тиску, електрокардіографія, аналіз крові на рівень цукру та холестерин та інші діагностичні тести а, також скринінгові програми організацій національних кампаній та медичні огляди у групах ризику. Третинна профілактика включає реабілітацію пацієнтів які перенесли серцево-судинні хвороби, з метою покращення якості життя та запобігання рецидивам. Всесвітня організація охорони здоров'я є лідером глобальних ініціатив. Вона провадила програми «25 на 25»: скорочення на 25% передчасної смертності від хвороб системи кровообігу на 25% до 2025 року та «HEARTS» - підтримка національних систем охорони здоров'я для боротьби з серцево-судинними хворобами через профілактику та раннє виявлення. Дванадцята функція, що передбачає підтримку наукових досліджень у галузі громадського здоров'я для формування обґрунтованих політик і практичних заходів, спрямована на розробку та впровадження досліджень, які сприяють ухваленню результативних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я. Наведена епідеміологічна ситуація – дані щодо поширеності хвороб системи кровообігу по Чернігівській області безпосередньо стосується наукового обґрунтування політик, спрямованих на зниження захворюваності. Також оперативна функція реалізовується через формування практичних рекомендацій для охорони здоров'я та пропонування заходів профілактики, дослідження, дослідження ефективності існуючих медичних програм або нових втручань, використання результатів дослідження для розробки національних або регіональних програм боротьби з серцево-судинними захворюваннями.

1.2. Фактори ризику хвороб системи кровообігу

Формування концепції факторів ризику розпочалося з Фремінгемського дослідження. У класичному розумінні фактор ризику визначається як такий, що:

- 1) підвищує захворюваність і смертність;
- 2) частіше виявляється у хворих, ніж у здорових;
- 3) його зниження зменшує ускладнення і летальність.

Масштабні міжнародні дослідження (The Seven Countries Study, INTERHEART) довели вплив артеріальної гіпертензії, гіперхолестеринемії, ожиріння, тютюнокуріння, алкоголю, малорухливості й нераціонального харчування на серцево-судинну смертність. Куріння у будь-якій формі – глобальний фактор ризику. Харчові звички зумовлюють третину випадків інфаркту [15].

У сучасних умовах спостерігається несприятлива тенденція до збільшення кількості осіб із поєднанням кількох факторів ризику. Так, за даними 35-річного спостереження за чоловічим населенням м. Києва, частка осіб лише з одним фактором ризику зменшилася у 2,6 раза, тоді як кількість чоловіків із трьома й більше факторами зросла майже у 5 разів (станом на 2016 рік). Зокрема, поєднання артеріальної гіпертензії та гіперхолестеринемії виявлено у 67 % обстежених, артеріальної гіпертензії та гіпертригліцеридемії — у 20 %, а артеріальної гіпертензії та тютюнокуріння — у 23 % [2].

Важливість чинників відрізняється за регіонами: у Південній Африці переважає гіпертензія, в Китаї – гіперхолестеринемія навіть без ожиріння. Психосоціальні фактори (стрес, ізоляція) у країнах із низьким доходом стають дедалі актуальнішими. Фактори ризику поділяють на: модифіковані: гіпертензія, гіперхолестеринемія, тютюнокуріння, ожиріння, гіперглікемія, гіподинамія, психосоціальні чинники; немодифіковані: вік, стать, спадковість.

Узагальнені дані з 10 досліджень показали: завдяки зменшенню поширеності факторів ризику смертність від серцево-судинних захворювань знизилась на 44–76 % (Нідерланди, США, Фінляндія). Європейські настанови

рекомендують починати профілактику з народження або навіть пренатального періоду й продовжувати протягом усього життя.

Фактори ризику діють навіть у період вагітності — наприклад, у нащадків жінок, які голодували під час Другої світової, ризик хвороб системи кровообігу у дорослому віці був вищим. Водночас корекція ризиків (припинення куріння, лікування гіпертензії) ефективна навіть у старшому віці. Більшість випадків хвороб системи кровообігу виникає внаслідок сукупного впливу кількох чинників. Це стало підґрунтям для створення моделей оцінки ризику: Фремінгем, SCORE, PROCAM, QRISK тощо. Вони враховують вік, стать, тиск, рівень холестерину, куріння, діабет. SCORE — для первинної профілактики: особи з діагностованими захворюваннями серцево-судинної системи або діабетом вже належать до високого ризику.

Інші фактори (пульсовий тиск, частота серцевих скорочень, обструктивне апное, гіперурикемія, запалення, хронічна хвороба нирок, метаболічний синдром, низький рівень фруктів та овочів) мають значення, але рідко враховуються у стандартизованих шкалах. За даними ВООЗ, 61 % смертей від серцево-судинних захворювань пов'язані з курінням, гіпертензією, ожирінням, підвищеним холестерином і глюкозою, вживанням алкоголю, низькою фізичною активністю та недостатнім споживанням овочів і фруктів.

Отже, профілактика серцево-судинних захворювань вимагає комплексного управління чинниками ризику на всіх етапах життя, з урахуванням індивідуальних, соціальних та регіональних особливостей.

Більшість людей мають один або більше факторів ризику хвороб системи кровообігу. У США лише 3 % осіб віком 55 років мають оптимальні показники. За NHANES III, менше 7,5 % дорослих відповідають щонайменше 6 із 7 критеріїв Американської асоціації серця (некуріння, фізична активність, нормальна вага, контроль тиску, глікемії, холестерину, здорове харчування). Подібні результати показав реєстр EUROASPIRE III в Європейському союзі. У США довічний ризик серцево-судинних захворювань у 50-річному віці становить 52 % для чоловіків і 39 % для жінок.

Артеріальна гіпертензія — провідний фактор ризику серцево-судинних захворювань. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, вона спричиняє 7,5 млн смертей щорічно (12,8 % усіх випадків), у т.ч. 37–54 % смертей від захворювань серцево-судинної системи у Азії та Східній Європі. Її роль особливо значуща при інсультах, інфарктах, серцевій недостатності, хворобах нирок та сітківки. Ризик хвороб системи кровообігу подвоюється при кожному підвищенні тиску на 20/10 мм рт.ст., починаючи з 115/75 мм рт.ст.

Глобальна поширеність артеріальної гіпертензії — 30–45 %, при цьому у віці 25+ підвищений тиск має майже половина. У країнах із високим доходом цей показник — 20–50 %, у країнах, що розвиваються — 20–30 %. Найвищі рівні в Німеччині (55 %), Фінляндії (49 %), Іспанії (47 %), Великобританії (42 %), США та Канаді — 27,6 %. Серед осіб 35–49 років у США поширеність сягає 45,6 %.

У 1950–1989 роках у США поширеність гіпертензії знижувалась через впровадження антигіпертензивної терапії, проте після 1999 року знову зросла через старіння населення, ожиріння, соціальні фактори. В Азії за останні десятиліття спостерігається зростання гіпертензії: у Китаї (чоловіки — з 20,2 % до 28,6 %), у Сінгапурі — з 22,5 % до 26,6 %. У Бельгії навпаки: серед чоловіків — з 41 % до 26,7 %, серед жінок — з 30,5 % до 20 % (1985–1995).

Контроль артеріальної гіпертензії залишається низьким: у США завдяки національним програмам частка осіб з досягнутим цільовим тиском зросла з 10 % до 34 %, проте в Китаї лише 8,1 % пацієнтів мають ефективне лікування, у Великобританії — 8–11 %. Тютюнокуріння також є значущим фактором: спричиняє 10–40 % випадків серцево-судинних захворювань. Шкідливим є не лише активне, але й пасивне куріння та альтернативні форми споживання тютюну [15].

Більшість людей у популяції мають один або кілька факторів ризику розвитку хвороб системи кровообігу. Згідно з аналізом 18 когортних досліджень у США, лише 3 % осіб у віці 55 років мають оптимальні показники. Менше 7,5 % учасників національного реєстру NHANES III відповідали

щонайменше 6 із 7 критеріїв профілактики, рекомендованих Американською асоціацією серця. Подібна ситуація характерна для країн Європейського союзу (EUROASPIRE III). У США середній довічний ризик серцево-судинних захворювань у 50-річному віці становить 52 % для чоловіків і 39 % для жінок.

Тютюнокуріння — один із найпоширеніших факторів ризику. Пасивне куріння підвищує ризик ішемічної хвороби на 30 %. У курців 60+ років ризик хвороб системи кровообігу удвічі вищий, ніж у некурців, а серед молодших за 50 — у п'ять разів. За шкалою SCORE ризик смерті від серцево-судинних захворювань у курців удвічі вищий. Навіть одна сигарета на день підвищує ризик ішемії на 48 % у чоловіків і 57 % у жінок, інсульту — на 30 %. У світі — близько 1 млрд курців; найвища поширеність — у Європі (31 %), найнижча — в Африці (10 %). У Європі курять 29,3 % дорослих (40 % чоловіків, 18,2 % жінок). У США — з 41,7 % (1965) до 19,3 % (2010). Припинення куріння значно знижує ризик смерті.

Підвищений холестерин — загальновизнаний фактор ризику. Основну роль відіграє холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ). Гіпертригліцеридемія — також незалежний чинник (ризик ішемії: +30 % у чоловіків, +75 % у жінок). Знижений холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) — прогностичний фактор атеросклерозу. 39 % населення мають підвищений загальний холестерин. Частота гіпертригліцеридемії й низького ХС ЛПВЩ зросла вдвічі. Третина дорослих у Європі має тригліцериди >1,7 ммоль/л. Критичні межі: гіперхолестеринемія >5 ммоль/л, ХС ЛПНЩ >3 ммоль/л, тригліцериди >1,7 ммоль/л, ХС ЛПВЩ <1,0 ммоль/л (чоловіки), <1,2 ммоль/л (жінки).

Статини знижують рівень ХС ЛПНЩ і частоту захворювань серцево-судинної системи. Ключові дослідження (HPS, IDEAL, LIPID, PROVE-IT, SEARCH, TNT, 4S) підтверджують ефективність для вторинної профілактики; JUPITER, CARDS, AFCAPS/TexCAPS — для первинної. У США частка пацієнтів 45+ років, які приймали статини, зросла з 2 % (1988) до 25 % (2008). Це сприяло зниженню середнього рівня холестерину і частки осіб з його

підвищеним рівнем. Фактори ризику — ожиріння, гіподинамія, нездорове харчування, цукровий діабет 2 типу — поширюються через сучасний спосіб життя. В США — 75 % населення має надлишкову масу або ожиріння, у Європі — 50 %. Поширеність абдомінального ожиріння зросла з 37,8 % до 43,7 % (чоловіки) та з 55,8 % до 61,8 % (жінки). Ожиріння сприяє інсулінорезистентності, гіперглікемії, порушенням ліпідів і гіпертензії. У дослідженні INTERHEART встановлено, що співвідношення талії до стегон корелює з ризиком інфаркту. У дослідженні EPIC (360 тис. осіб) виявлено зв'язок між смертністю та абдомінальним ожирінням. Найнижча смертність — при індексі маси тіла $25,3 \text{ кг/м}^2$ (чоловіки) та $24,3 \text{ кг/м}^2$ (жінки). Понаднормова вага (індекс маси тіла >30) — підвищення ризику серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Цукровий діабет 2 типу підвищує ризик серцево-судинних захворювань у 2–3 рази в чоловіків і 3–5 разів у жінок. У 2014 році — 387 мільйон(млн.) хворих, прогноз на 2035 рік — 592 млн. Захворюваність зростає з віком. Основна причина смертності при діабеті — серцево-судинні ускладнення. Ризик зростає також у людей із порушеною толерантністю до глюкози. DECODE: не лише діабет, а й метаболічні порушення (HbA1c, пероральний тест) — прогностично значущі. Рівень глікемії натще — менш інформативний.

Харчування впливає на хвороби системи кровообігу як безпосередньо, так і опосередковано. INTERHEART: серед 9 факторів ризику 5 пов'язані з харчуванням. BOOЗ (2004): негативні харчові чинники — надлишок жирів, цукру, солі. Метааналізи підтверджують: фрукти, горіхи, середземноморська дієта знижують ризики; трансжири та високий глікемічний індекс — підвищують. Здорове харчування рекомендоване у США (DASH, USDA Food Pattern, AHA Diet) та Європі (ESC 2016) як основа профілактики захворювань серцево-судинної системи [15].

Найбільш вивчена дієта — середземноморська. «Seven Countries Study» показало, що її дотримання знижує смертність, незалежно від традиційних факторів ризику. Вона включає: овочі, фрукти, бобові, рибу, цільнозернові,

ненасичені жири, обмежене червоне м'ясо. Метааналіз (2010): зниження загальної смертності на 8 %, від серцево-судинних захворювань — на 10 %. Європейські рекомендації (2016): здорове харчування може знизити смертність у 2 рази.

Недостатня фізична активність — 4-й за значущістю фактор смертності у світі (6 %, 3,2 млн смертей щорічно). Вона асоціюється з 30 % випадків ішемії та 27 % діабету 2 типу. Фізична активність знижує ризики: ішемічної хвороби серця, гіпертензії, інсульту, діабету, онкопатологій, депресії. Рекомендації: щонайменше 150 хв/тиждень помірного або 75 хв інтенсивного навантаження (18–64 років), у 4–5 днів на тиждень. У 2008 році 31 % дорослого населення світу були недостатньо активні (28 % чоловіків, 34 % жінок).

Психосоціальні чинники (низький дохід, депресія, стрес, тип D особистості) підвищують ризик хвороб системи кровообігу. INTERHEART: вплив психоемоційних факторів співмірний з курінням та діабетом. Люди з низьким соціально-економічним статусом мають підвищений ризик смерті (відносний ризик 1,3–2,0). Механізми — активація симпато-адреналової системи, агрегація тромбоцитів. Психосоціальні труднощі також ускладнюють дотримання лікування. За 40 років проведено понад 60 досліджень щодо депресії й прогнозу у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Встановлено, що тяжка депресія — потужний незалежний предиктор коронарних подій. Смертність після інфаркту в пацієнтів з депресією у 3–6 разів вища. У 2008 році Американська асоціація серця рекомендувала систематичний скринінг на депресію у хворих з ішемічною хворобою серця.

Проект MONICA (ВООЗ, 1980–1990-ті) охопив 10 млн. осіб з 21 країни. Зниження рівня куріння, артеріального тиску й холестерину — позитивна тенденція, але індекс маси тіла зростав. У Нідерландах смертність від серцево-судинних захворювань зменшилася на 44 %, у США — на 50–54 %. Проект «Північна Карелія» (Фінляндія): за 30 років смертність від ішемічної хвороби серця серед чоловіків зменшилася на 82 %, від раку легень — на 60 %. У Литві за 10 років — аналогічна позитивна динаміка. За оцінками, усунення факторів

ризик може знизити поширеність ішемічної хвороби серця до 86 %. Метааналіз 18 досліджень (250 тис. осіб, 2012): при нормальному артеріальному тиску, холестерині, відсутності куріння та діабету ризик хвороб системи кровообігу у 10 разів нижчий, смертності — у 6 разів. Отже, ефективна профілактика та модифікація факторів ризику відіграє вирішальну роль у зниженні захворюваності та смертності від серцево-судинних хвороб [15].

1.2 Досвід профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та світі.

Вперше на світовому рівні про необхідність активної участі кожної людини в збереженні здоров'я було заявлено у стратегічній концепції «Здоров'я для всіх», ухваленій на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я у 1977 році та закріпленій Алма-Атинською декларацією, прийнятою на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги 1978 року. Цей документ став відправною точкою у формуванні нової системи охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях країн — членів ВООЗ. У ньому наголошувалося, що турбота про здоров'я кожної людини є ключовим елементом стратегії «Здоров'я для всіх» і безпосередньо пов'язана з рівнем санітарної обізнаності та інформованості населення щодо питань охорони здоров'я. ВООЗ визначила основні фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань. У країнах, що розвиваються, до таких чинників належать бідність, недостатня маса тіла, споживання неякісної води, погані санітарно-гігієнічні умови, незахищені статеві контакти, залізодефіцитна анемія та вплив диму від спалювання твердого палива в побуті. У розвинених державах ключовими ризиками є високий артеріальний тиск, підвищений рівень холестерину, тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, ожиріння та недостатня фізична активність. Ці так звані «хвороби добробуту» нині набувають поширення і в країнах, що розвиваються, спричиняючи подвійний тягар для систем охорони здоров'я.

У країнах Європейського регіону ВООЗ, де мешкає лише 15 % населення планети, припадає третина всього глобального тягара захворювань, пов'язаних

із вживанням тютюну. Як відповідь на поширення тютюнової епідемії в умовах глобалізації, ВООЗ у 2003 році розробила та ухвалила Рамкову конвенцію щодо боротьби з тютюнокурінням, яка набрала чинності у 2005 році. Цей документ підтримали 167 країн світу.

У 2008 році ВООЗ запропонувала глобальну ініціативу MPOWER — набір заходів, спрямованих на зменшення рівня тютюнокуріння у світі. Ця програма передбачає впровадження ефективних стратегій, заснованих на даних регулярного моніторингу, зокрема: відстеження рівня тютюнокуріння, захист населення від впливу тютюнового диму, підтримку у припиненні куріння, інформування про ризики для здоров'я, забезпечення дотримання заборони на рекламу, просування й спонсорство тютюнових виробів, а також збільшення акцизів на тютюн.

Високий рівень поширення ожиріння у світі та пов'язані з ним медичні, соціальні й економічні наслідки стали підставою для ухвалення ВООЗ у 2004 році Глобальної стратегії з питань харчування, фізичної активності та здоров'я. У 2006 році Європейське регіональне бюро також затвердило Європейську хартію щодо протидії ожирінню.

Важливим чинником успішної профілактики є поєднання загальнодержавних ініціатив з активною діяльністю на регіональному рівні. Орієнтація профілактичних заходів безпосередньо на місцеві громади з урахуванням регіональних особливостей, культурних традицій та інших факторів дає змогу максимально ефективно використовувати наявні ресурси й досягати найкращих результатів. На сьогодні у світі накопичено значний досвід реалізації регіональних програм із запобігання серцево-судинним захворюванням, а США є лідером за їхньою кількістю. Це пояснюється не лише значними фінансовими вкладеннями в систему охорони здоров'я, а й загальним напрямом розвитку країни, її демократичними традиціями, ефективною системою соціального захисту населення та високим рівнем громадської свідомості. Важливим кроком на шляху до створення масштабних популяційних програм стало Фремінгемське дослідження, яке суттєво

поглибило розуміння факторів ризику, їх прогностичного значення та перебігу серцево-судинних захворювань. У межах цього дослідження було зібрано унікальні дані щодо чинників, що сприяють виникненню серцево-судинних катастроф.

У 1980-х роках Європейське регіональне бюро ВООЗ, у межах стратегії «Здоров'я для всіх до 2000 року», розробило довгострокову міжнародну інтегровану програму профілактики неінфекційних захворювань (CINDI). Основною метою цієї програми було зниження рівня захворюваності та смертності від найпоширеніших неінфекційних хвороб шляхом мінімізації впливу ключових факторів ризику, спільних для більшості таких недуг. Серед основних пріоритетів були визначені: тютюнопаління, незбалансоване харчування, надмірне вживання алкоголю, низька фізична активність і психосоціальний стрес. Відтоді програма CINDI в Європейському регіоні ВООЗ перетворилася на цілеспрямовану колективну діяльність, спрямовану на профілактику неінфекційних захворювань і зміцнення здоров'я населення. Водночас вона стала одним із ключових інструментів реалізації регіональної політики «Здоров'я для всіх».

За підтримки ВООЗ у низці європейських країн-членів, таких як Угорщина, Німеччина, Норвегія, Швеція, Велика Британія та колишній СРСР, було впроваджено національні програми CINDI. Практичний досвід реалізації цих ініціатив, а також інших національних і міжнародних профілактичних програм засвідчив результативність комплексних підходів у боротьбі з неінфекційними захворюваннями [1].

ВООЗ закликає уряди та міністерства охорони здоров'я країн відігравати ключову роль у розробці стратегій щодо профілактики факторів ризику, підтримувати наукові дослідження, удосконалювати системи моніторингу та забезпечувати ширший доступ до міжнародної інформації. Особливу увагу слід зосередити на створенні ефективних профілактичних заходів, спрямованих на найбільш значущі загрози для здоров'я, зокрема тютюнопаління, неправильне харчування, надмірне вживання алкоголю, ожиріння та недостатню фізичну

активність. Дії, спрямовані на усунення або зменшення впливу факторів ризику та їхніх детермінантів, а також на посилення систем охорони здоров'я задля підвищення ефективності профілактики, мають ґрунтуватися на шести ключових засадах, викладених у Європейській стратегії ВООЗ «Курс на оздоровлення». До них належать: впровадження профілактичних заходів протягом усього життя як інвестиції у здоров'я нації та її розвиток; формування середовища, що сприяє здоровому способу життя та вибору на користь здоров'я; відповідність роботи медичних служб поставленим завданням у сфері боротьби з хворобами та зміцнення здоров'я; створення умов для участі громадян у зміцненні здоров'я, взаємодії з медичними установами та ухваленні рішень щодо лікування і контролю захворювань; забезпечення загальної доступності до профілактичних послуг, зміцнення здоров'я і медичної допомоги; відповідальність урядів за формування ефективної державної політики в галузі охорони здоров'я та вжиття необхідних заходів у всіх сферах суспільного життя.

Комплексний підхід до зміцнення здоров'я був закріплений у ключових міжнародних документах, зокрема в Оттавській хартії зі зміцнення здоров'я (1986), програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» (1998) та Бангкокській хартії зі зміцнення здоров'я (2005). Питання профілактики та контролю захворювань також отримали широке висвітлення в ряді основоположних документів на європейському рівні.

Визнано, що ефективна стратегія зміцнення здоров'я населення повинна спиратися на міжсекторальний підхід і включати цілеспрямовані дії в межах самої системи охорони здоров'я. Її розробка має ґрунтуватися на ключових засадах стратегічних документів ВООЗ, таких як Рамкова програма вдосконалення систем охорони здоров'я (2000), Бангкокська хартія зі зміцнення здоров'я (2005), Талліннська хартія «Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту» (2008) та інші.

У кінці 1970-х років у США було видано документ «Здорова нація: звіт щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» (Healthy People:

Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention), у якому визначено основні пріоритети у профілактиці серцево-судинних захворювань. Серед них — артеріальна гіпертензія, тютюнокуріння, надмірне споживання алкоголю, незбалансоване харчування та недостатня фізична активність.

Із 1980-х років спостерігається активне впровадження профілактичних програм та національних кампаній, спрямованих на подолання серцево-судинних захворювань. Більшість ефективних і економічно доцільних ініціатив базується на поєднанні двох підходів: популяційного впливу та стратегії, орієнтованої на групи високого ризику (які були описані раніше). Одну з перших таких програм, реалізовану у п'яти містах США у період з 1978 до 1992 року, розробили у Стенфордському університеті. Основою програми стали принципи покращення суспільної організації. У підсумку, в містах, де здійснювали втручання, спостерігалось зростання обізнаності населення та зниження поширеності факторів ризику серцево-судинних захворювань у порівнянні з тими регіонами, які не були охоплені цією ініціативою.

Антиалкогольна кампанія, проведена в СРСР у 1985–1987 роках, дозволила зменшити споживання алкоголю на 27 %, а також знизити рівень смертності серед чоловіків на 12 %, а серед жінок — на 7 %. Досвід розвинених країн щодо реалізації масштабних профілактичних програм підтвердив, що вплив на чинники ризику може ефективно зменшити захворюваність на серцево-судинні хвороби. Зокрема, на початку 1970-х років у США на загальнонаціональному рівні було впроваджено спеціальні заходи протидії артеріальній гіпертензії, які дали вражаючі результати: за два десятиліття смертність від інсультів скоротилась удвічі, а від інфарктів — на 40 %. Реалізація подібних програм у Японії призвела до чотириразового зниження смертності від інсультів, а в Німеччині — удвічі. Запровадження масштабних профілактичних ініціатив у ряді міст колишнього СРСР у 1980-х роках також підтвердило ефективність популяційного підходу до профілактики.

Тривала реалізація проєкту «Північна Карелія» у Фінляндії засвідчила, що завдяки ефективним заходам, спрямованим на зниження таких чинників

ризик, як артеріальна гіпертензія, підвищений рівень холестерину та тютюнокуріння, вдалося скоротити захворюваність на ішемічну хворобу серця серед чоловіків працездатного віку на 80 % [1]. Подібні результати спостерігалися і в Литві, де зменшення артеріального тиску, рівня холестерину, індексу маси тіла та поширеності куріння сприяло зниженню загальної смертності від ішемічної хвороби серця протягом 10 років. У період з 1985 по 2000 рік в Ірландії серед населення віком 25—84 роки спостерігалось зниження смертності від ішемічної хвороби серця на 48,1 %, що стало можливим завдяки значному зменшенню поширеності основних факторів ризику.

Упродовж останніх десятиліть ХХ століття чимало країн світу досягли вагомих результатів у реалізації профілактичних програм, що переконливо довело доцільність масштабного впровадження комплексних профілактичних заходів на рівні всього населення як найбільш ефективної стратегії в довгостроковій перспективі. Профілактика, впроваджена у межах національних стратегій із використанням міжсекторального підходу, виступає дієвим інструментом для розв'язання глобальних завдань щодо збереження та покращення здоров'я населення.

Комплексний підхід до зміцнення здоров'я було сформульовано в Оттавській хартії зі зміцнення здоров'я, ухваленій під час Міжнародної конференції в Канаді у 1986 році. Унікальність цього документа полягає в тому, що він окреслив ключові цілі: сприяти людям у повному розкритті їхнього потенціалу щодо здоров'я, мотивувати їх до активної участі в охороні здоров'я, а також надати системі охорони здоров'я роль посередника для координації суспільних зусиль задля підтримки та розвитку здоров'я населення.

Проблемам зміцнення громадського здоров'я через активну профілактику та підтримку відповідних заходів була присвячена IV Міжнародна конференція зі зміцнення здоров'я, яка пройшла в Джакарті (Індонезія). У Джакартській декларації було визначено ключові напрями розвитку охорони здоров'я у ХХІ столітті, зокрема: посилення суспільної відповідальності за стан здоров'я, збільшення інвестицій у галузь, розширення та зміцнення партнерства задля

покращення здоров'я, розвиток потенціалу як громад, так і окремих осіб, а також створення ефективної інфраструктури для підтримки заходів зі зміцнення здоров'я.

Цікавий досвід профілактики представлений у Польщі, зокрема регіональною програмою СОПКАРД, що реалізується у містах Сопот і Гдиня. Програма базується на проведенні як індивідуальних, так і популяційних заходів, оцінці ризиків серцево-судинних захворювань, плануванні профілактичних дій та економічному аналізі їх результатів. Головною метою СОПКАРД є покращення виявлення, профілактики та лікування таких захворювань, як артеріальна гіпертензія, діабет і гіперхолестеринемія. Досягнення поставленої мети оцінюється шляхом проведення скринінгових обстежень серед мешканців міста у вікових групах 40 та 50 років. Програма реалізується у співпраці з місцевими органами охорони здоров'я, муніципалітетом, Медичною академією Гданська та медичними страховими фондами. Основними виконавцями проекту є медсестри та лікарі первинної медичної допомоги. Програма СОПКАРД має як дослідницьке, так і практичне спрямування: мешканцям міста надаються послуги з вимірювання артеріального тиску, визначення рівня холестерину та цукру в крові, а за потреби — і лікування. Тривалість реалізації програми становить 10 років. Вона була адресована всім жителям Сопота, яким у період з 1999 по 2009 рік виповнилося 40 або 50 років. Наразі програма перебуває на етапі завершальної оцінки результатів.

Як зазначено в Талліннській хартії, сучасна стратегія зміцнення здоров'я населення передбачає комплексний підхід із заходами на різних рівнях. Зокрема, ініціативи на найвищому — державному — рівні повинні включати дії, які поряд з іншими завданнями сприятимуть покращенню здоров'я, наприклад: перерозподіл податкових надходжень, підвищення якості життя та впровадження стимулів, що заохочують до освіти. Заходи, що реалізуються на нижчому — місцевому — рівні, передбачають безпосередні дії, спрямовані на

зміцнення здоров'я та первинну профілактику захворювань, і здебільшого орієнтовані на зміну поведінки та способу життя окремих осіб.

У 1994 році було підписано офіційну угоду між Міністерством охорони здоров'я України та Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Основу цієї співпраці становлять «Протокол CINDI—Україна» та наказ МОЗ України від 30 травня 1995 року щодо реалізації програми CINDI.

У 2006–2010 роках в Україні реалізовувалася «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань». Її головна мета полягала у зниженні рівня захворюваності, інвалідності та смертності від зазначених недуг, а також у підвищенні якості й тривалості життя населення. Впровадження програми дало змогу досягти таких результатів: зростання середньої тривалості життя; зниження смертності від інсультів приблизно на 3 %, а від ішемічної хвороби серця — до 5 %; зменшення рівня первинної інвалідності, спричиненої серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями серед працездатного населення, — до 5 % у 2008 році та до 10 % у 2010 році [1].

В Україні були започатковані та реалізуються кілька важливих програм у сфері охорони здоров'я. Серед них — «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», затверджена Указом Президента від 4 лютого 1999 року № 117/99; міжгалузева програма «Здоров'я нації», впровадження якої передбачено постановою Кабінету Міністрів України № 14 від 10 січня 2002 року; а також «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», ухвалена постановою Кабінету Міністрів № 761 від 31 травня 2006 року. Замовником усіх зазначених програм виступає Міністерство охорони здоров'я України. Очікувалося, що завдяки цілеспрямованим заходам упродовж 10–12 років вдасться знизити рівень смертності від мозкових інсультів на 20–30 %, а від ішемічної хвороби серця — на 10 %, що загалом сприятиме збільшенню середньої тривалості життя. На початковому етапі реалізації Програми основну увагу приділяли активному виявленню хворих на артеріальну гіпертензію,

інформуванню населення про це захворювання та його наслідки, визначенню груп ризику розвитку ускладнень, впровадженню новітніх методів лікування, а також навчанню та підвищенню кваліфікації медичних працівників.

Слід визнати, що зменшення смертності від хронічних неінфекційних захворювань є не лише завданням системи охорони здоров'я, а й важливою соціальною проблемою, що стосується всього суспільства та держави загалом. Відтак, її вирішення потребує комплексних загальнодержавних дій за широкої участі всієї громадськості.

Розвиток профілактичних заходів гальмується через те, що політики, уряд, організатори охорони здоров'я, а також представники громадськості й наукових кіл недостатньо усвідомлюють, що інвестування в профілактику хвороб і програми зміцнення здоров'я може принести значний соціально-економічний ефект, зокрема збільшення тривалості здорового життя та підвищення продуктивності працездатного населення.

Однією з причин низької ефективності профілактики в нашій країні є недосконалість нормативно-правового регулювання та слабкий контроль за дотриманням чинного законодавства й адміністративних рішень. Для зменшення рівня смертності, інвалідності та захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання необхідно створити цілісну систему профілактичної допомоги, що, у свою чергу, потребує розв'язання низки важливих завдань, зокрема:

- розроблення системи моніторингу та прогнозування ризику розвитку хвороб системи кровообігу серед населення з урахуванням регіональної специфіки, впливу ключових факторів ризику та рівня доступності медичних послуг;
- створення та впровадження ефективних моделей діяльності медичних працівників з профілактики поведінкових факторів ризику на основі принципів зміцнення здоров'я і соціальної медицини, а також забезпечення узгодженої взаємодії між медичними фахівцями, соціальними службами та громадськими організаціями;

- опанування медичними працівниками методів профілактики в процесі проходження передатестаційних курсів, програм підвищення кваліфікації та тематичного удосконалення [1].

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виконання поставлених завдань використовувались такі методи дослідження: теоретичний аналіз проблеми (вивчення літературних джерел, їх аналіз, узагальнення, систематизація та ін.). Для вивчення динаміки статистичних показників, пов'язаних із захворюваннями серцево-судинної системи, було використано такі звіти: Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2019-2020 роки [7], Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2021-2022 роки [8], Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2022-2023 роки [9], Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2023-2024 роки [10].

Для вивчення обізнаності студентів та викладачів НУЧК імені Т.Г Шевченка щодо факторів ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи нами було проведено емпіричне дослідження, мета якого полягала в тому, щоб дослідити основні фактори ризику, що впливають на розвиток захворювань.

Опитування за проводилось через розміщення розробленої нами анкети у Google Forms (додаток В). Дослідження проводилось у період з квітня по травень 2025 року. У дослідженні взяли участь 95 респондентів. Вибірка була розподілена та стратифікована за статтю та трьома віковими категоріями: 18-25 років, 26-44 роки та 45 + років.

За соціально-демографічними характеристиками респонденти були розподілені так: 68,4% опитаних були жінки та 31,6% – чоловіки. Найбільшу частку серед респондентів становлять особи віком від 18 до 25 років — 54,7%. Вікова категорія 26–44 роки охоплює 23,2% опитаних. Найменше респондентів

— 22,1% — припадає на вікову групу 45 років і старше. Таким чином, у вибірці переважають представники молоді до 25 років. Щодо організаційно-професійних характеристик, то тут зафіксовані такі дані. 42,6% мали перший рівень вищої освіти, 19,1 % з повним курсом закладу середньої освіти 16 % - володарі третього рівня вищої освіти, всі інші 13,8% - другий рівень вищої освіти та 8,5% - коледж.

РОЗДІЛ III

ДИНАМІКА ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.

3.1. Причини смертності всього населення Чернігівської області

Згідно з офіційною статистикою Держстату, у 2015 році у зв'язку з серцево-судинними хворобами не стало понад 404 тисяч українців. У 2016 році показник зменшився на 3%, а через рік – ще на 1,9%. Проте у 2018 році фіксувався ріст смертності майже на 2%, досягнувши 392 тисяч випадків. У 2019 році вона знизилася на 0,7% і склала 389 348 осіб. Протягом 2020 року від серцево-судинних захворювань померли 408 721 українців, а у 2021 році цей показник зріс до 430 тисяч. У 2022 році виявлено 36 724 випадки смертей від цих недугів (табл. 3.1) [3].

Таблиця 3.1

Кількість померлих в Україні від хвороб системи кровообігу

Рік	Померло	Різниця в порівнянні з минулим роком	Різниця в порівнянні з минулим роком у %
2015	404551		
2016	392298	-12253	-3,0
2017	384810	-7488	-1,9
2018	392060	+7250	+1,9
2019	389348	-2712	-0,7
2020	408721	+19373	+5,0
2021	430013	+21292	+5,2
2022	36724	-393289	-91,5

За статистикою причин смертності всього населення від захворювань серцево-судинної системи на Чернігівщині у 2020 році показник смертності становив 1369,7 випадка на 100 тисяч населення [7]. В 2021 році цей показник

зріс до 1387,8 на 100 тисяч [8]. За видами захворювань у 2020 році найбільше смертей було спричинено всіма формами гіпертонічної хвороби - 752,5 випадка на 100 тисяч населення [7]. У 2021 році ця тенденція збереглася. Найнижча смертність була зафіксована від гіпертонічної хвороби без ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної хвороби - 0,2 випадка на 100 тисяч населення, а вже у 2021 році від флебіту та тромбофлебіту вже померло 0,6 особи на 100 тисяч населення. (рис.3. 1)

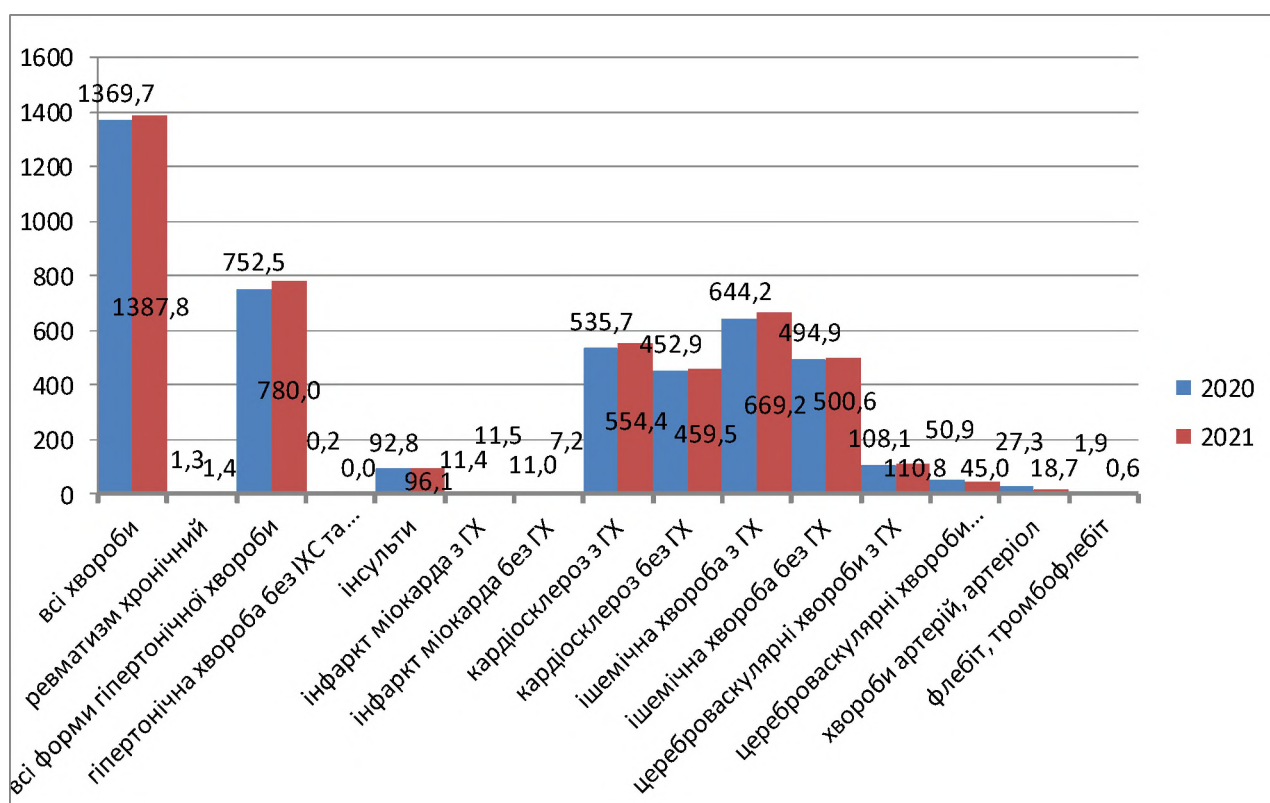


Рис. 3.1 Екстенсивні показники смертності всього населення внаслідок хвороб системи кровообігу у 2020 та 2021 рр.

ІХС – ішемічна хвороба серця, ЦВХ – цереброваскулярна хвороба, ГХ – гіпертонічна хвороба

За даними статистики у 2022 році на Чернігівщині смертність від захворювань серцево-судинної системи становила 1281,6 випадка на 100 тисяч населення [8]. У 2023 цей показник знизився до 1076,6, а у 2024 році тенденція збереглася - смертність становила 1040,6 випадка на 100 тисяч населення [9]. Частка серцево-судинних захворювань серед усіх причин смерті становила 70,43% у 2023 році та 71,55% у 2024 році [10]. У структурі причин смертності у

2022, 2023 та 2024 роках лідерство зберігали всі форми гіпертонічної хвороби: 655,0 на 100 тисяч населення у 2022 році, 558,9 – у 2023-му та 532,1 – у 2024-му. Серед причин з найнижчим рівнем смертності в період 2022-2024 років була гіпертонічна хвороба без супутньої ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної патології: 0,7 на 100 тисяч у 2022 році, 0,1 – у 2023-му, 0,4 –у 2024-му (рис. 3.2) [9,10].

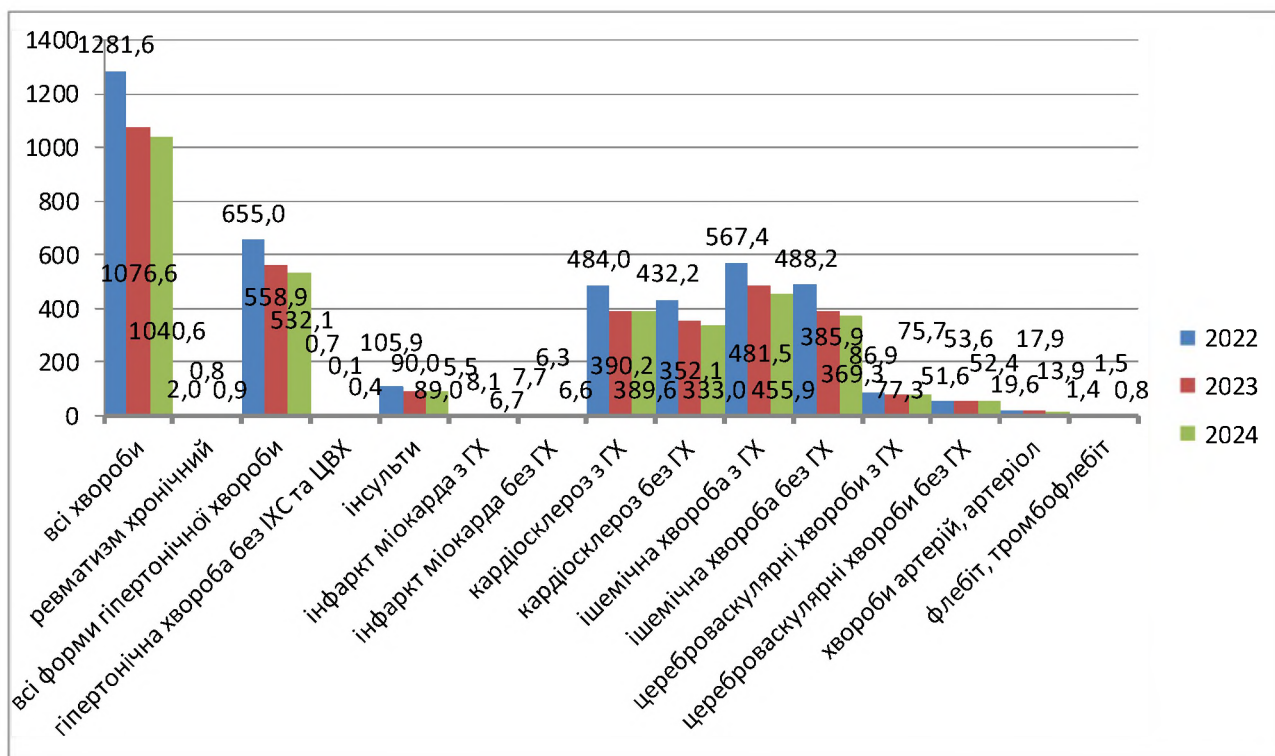


Рис.3.2 Екстенсивні показники смертності всього населення внаслідок хвороб системи кровообігу у 2022-2024 рр.

ІХС – ішемічна хвороба серця, ЦВХ – цереброваскулярна хвороба, ГХ – гіпертонічна хвороба

3.2. Причини смертності населення в працездатному віці

У Чернігівській області, за статистичними даними, показник смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу у 2020 році становив 185,8 випадків на 100 тисяч населення, а вже у 2021 році зменшився до 172,0 на 100 тисяч. Традиційно найбільша кількість смертей у 2020 та 2021 роках була спричинена всіма формами гіпертонічної хвороби - 85,6 та 73,4 випадка на 100 тисяч населення відповідно. Найнижчі показники у ці роки зафіксовано при хронічному ревматизмі - 0,3 та 0,2 на 100 тисяч. Окрім цього

захворювання, у 2020 році також зареєстровано по 0,2 випадка на 100 тисяч смертності від гіпертонічної хвороби без ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної патології, а в 2021 році - від флебіту та тромбофлебіту (рис.3.3) [7,8].

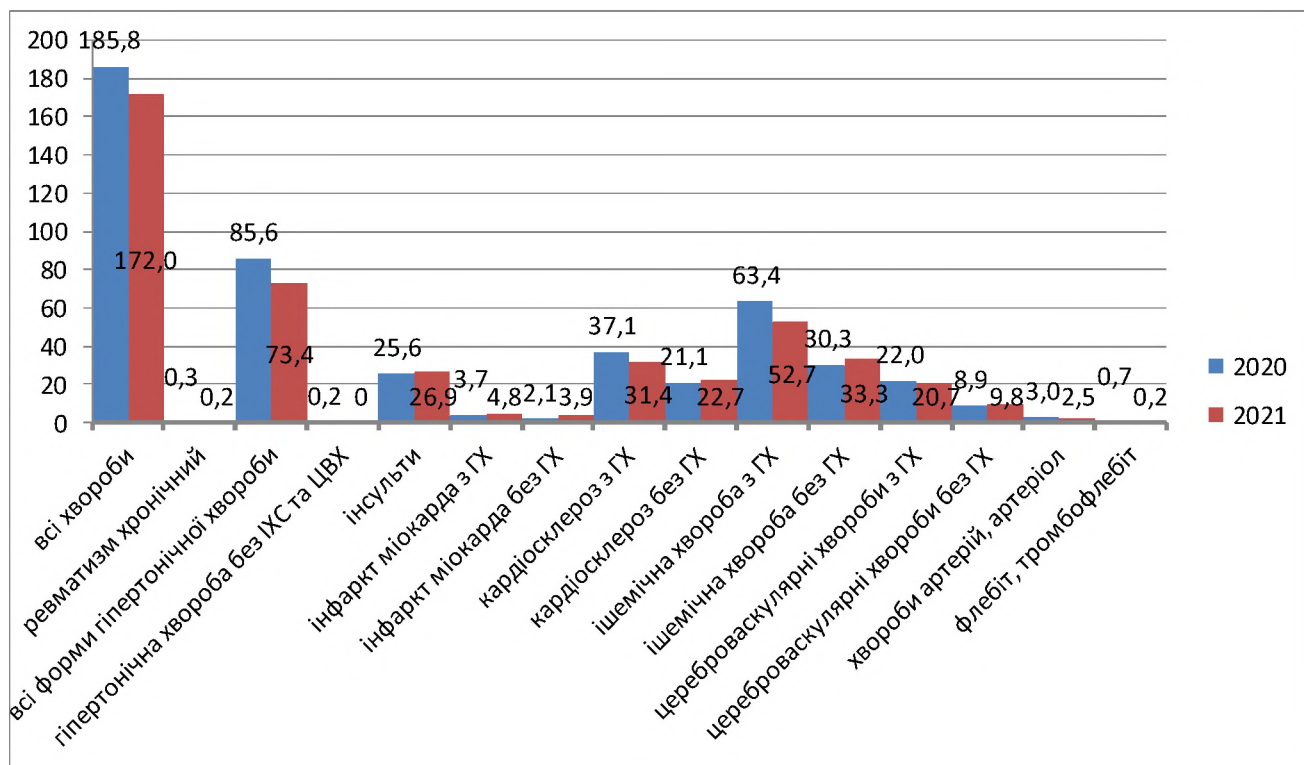


Рис. 3.3 Екстенсивні показники смертності населення в працездатному віці внаслідок хвороб системи кровообігу у 2020 та 2021 рр.

ІХС – ішемічна хвороба серця, ЦВХ – цереброваскулярна хвороба, ГХ – гіпертонічна хвороба

У Чернігівській області у 2022–2024 роках спостерігається тенденція до зниження рівня смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу. Якщо у 2022 році загальний показник становив 178,7 випадка на 100 тисяч населення, то вже у 2023 році він знизився до 137,6, а у 2024 — до 136,4 випадка на 100 тисяч.

Найбільший внесок у структуру смертності протягом усіх трьох років стабільно давали всі форми гіпертонічної хвороби: у 2022 році — 76,7, у 2023 — 63,1, а у 2024 — 52,4 випадка на 100 тисяч населення. На другому місці за частотою смертельних випадків була ішемічна хвороба серця у поєднанні з

гіпертонією: 60,4 (2022), 50,5 (2023), 41,6 (2024). Третю позицію займав кардіосклероз із гіпертонічною хворобою, рівень якого також знизився з 43,2 у 2022 році до 25,7 у 2024.

Інші значущі причини смертності включали інсульти (від 23,1 до 22,0), ішемічну хворобу без гіпертонії (від 42,5 до 25,3) та кардіосклероз без гіпертонії (від 31,3 до 18,1 випадка). Найнижчі показники смертності мали флебіт і тромбофлебіт, гіпертонічна хвороба без ішемічної та цереброваскулярної патології, а також хронічний ревматизм. Зокрема, рівень смертності від флебіту коливався від 0,4 до 0,7, а від хронічного ревматизму — від 0,2 до 0,5 випадка на 100 тисяч населення (Рис.3.4) [9,10].

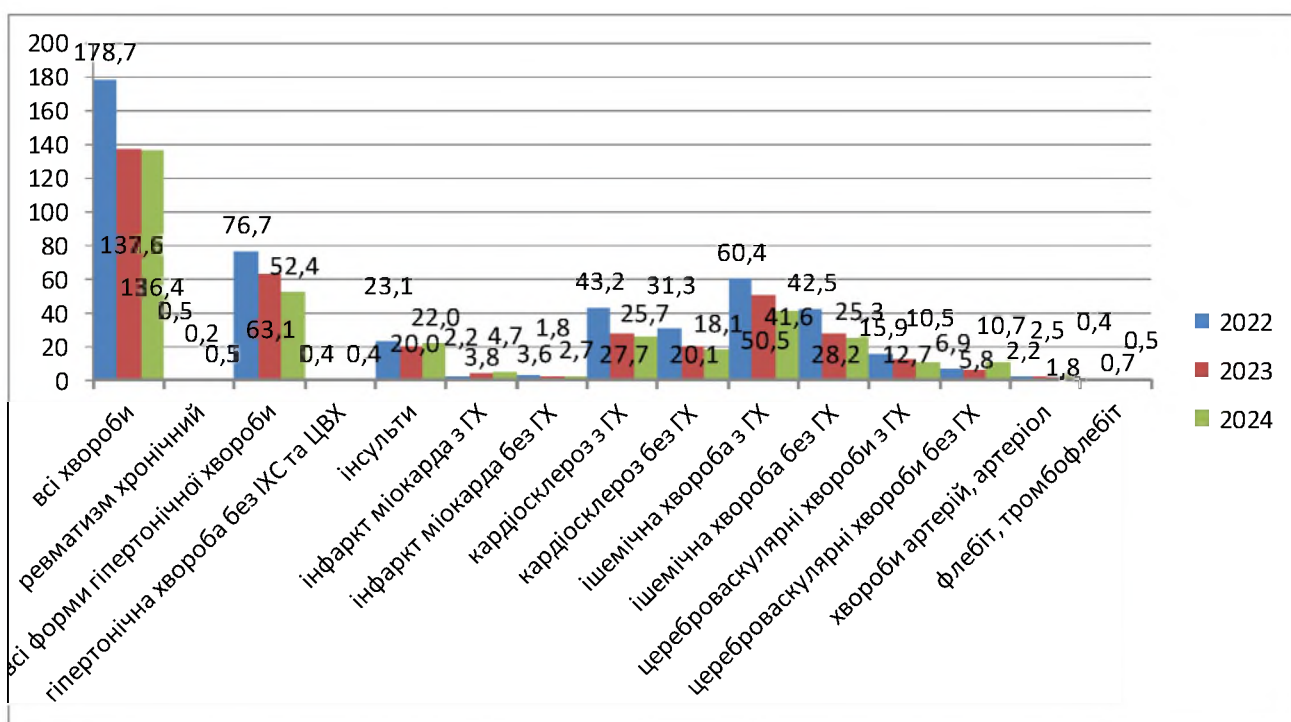


Рис. 3.4 Екстенсивні показники смертності населення в працездатному віці внаслідок хвороб системи кровообігу у 2022 - 2024 рр

ІХС – ішемічна хвороба серця, ЦВХ – цереброваскулярна хвороба, ГХ – гіпертонічна хвороба

Аналіз смертності населення працездатного віку Чернігівської області за 2020–2024 роки демонструє поступове зниження показників смертності від хвороб системи кровообігу. Водночас гіпертонічна хвороба та її ускладнення залишаються ключовими факторами ризику, на які варто зосередити основні

рівня первинної інвалідності працездатного населення, що може вказувати на загострення проблем з серцево-судинними захворюваннями у сфері зусилля. Необхідне подальше зміцнення громадських програм із контролю артеріального тиску, формування культури здорового способу життя та раннього виявлення захворювань серед населення.

Була проаналізована динаміка показника первинної інвалідності серед працездатного населення на 10 тисяч осіб у Чернігівській області у період 2020–2024 років. У 2020 році рівень первинної інвалідності становив 9,4 випадки на 10 тисяч осіб, у 2021 році спостерігалось зниження цього показника до 8,5. Починаючи з 2022 року, тенденція зміни інвалідності має зростаючий характер: 9,8 у 2022 році, 12,8 — у 2023 році, та 13,0 у 2024 році. Така динаміка свідчить про збільшення громадського здоров'я чи соціально-економічних умов [7,8,9,10]. Для більш наочного відображення змін наведено відповідну гістограму (Рис 3.5)

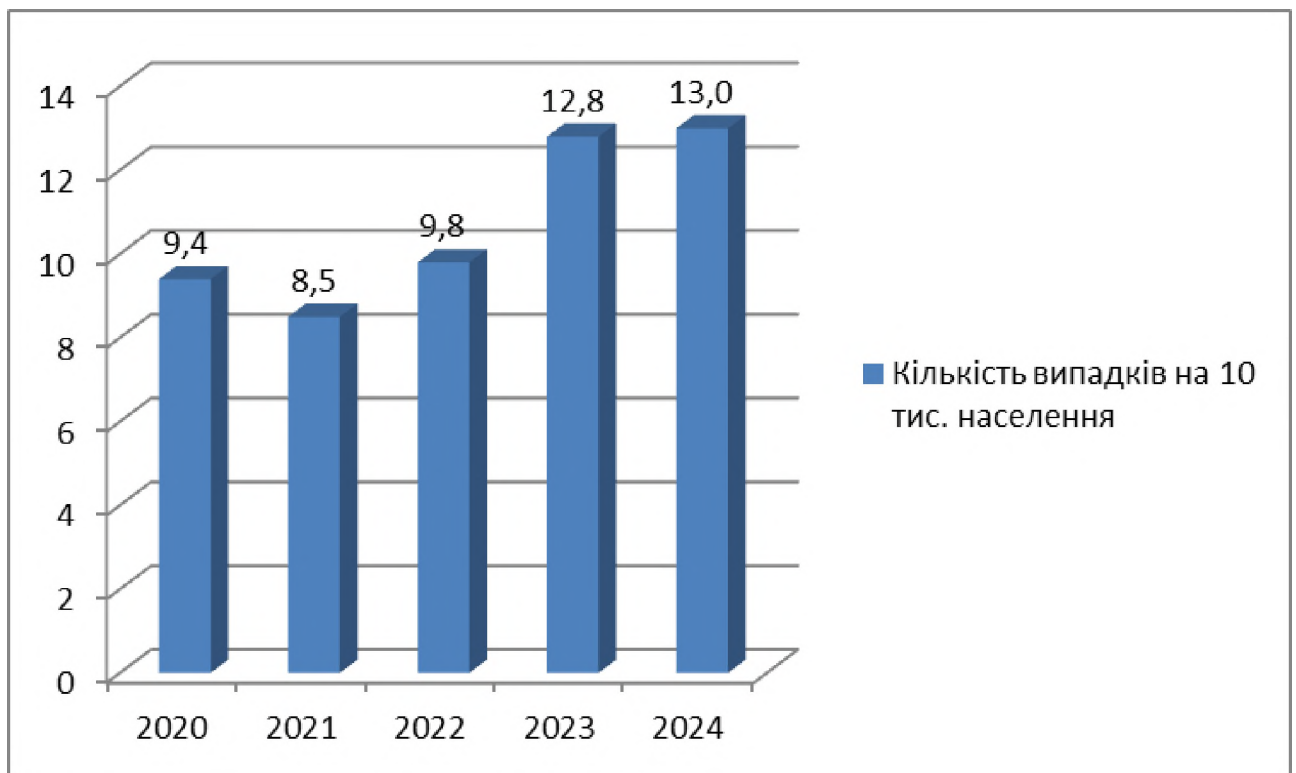


Рис.3.5 Екстенсивні показники первинної інвалідності працездатного населення 2020-2024 рр.

3.3. Фактори ризику серцево-судинних захворювань серед студентів і викладачів.

Нами було опитано 95 респондентів серед них найбільшу частку становлять учасники опитування віком від 18 до 25 років – 54,7%. Дещо менше – 23,2% – припадає на вікову категорію 26–44 роки. Найменшу частку становлять особи віком понад 45 років, їх 22,1%. Отже, переважає молодь віком до 25 років (рис. 3.6)

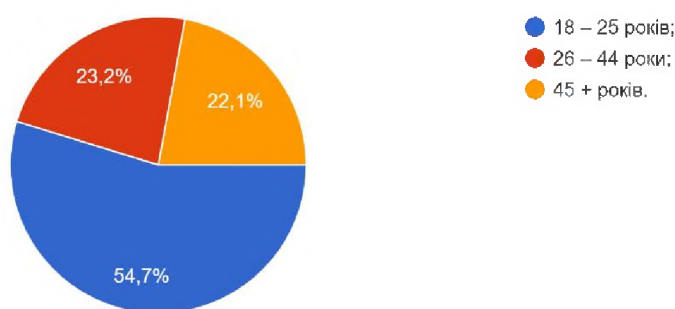


Рис.3.6 Вікова структура респондентів

Серед анкетованих 18-25 років (52 опитуваних) 21,15% (11) юнаків та 78,85% (41) дівчат. Особи віком 26-44 роки, що взяли участь в опитуванні за статтю 59,09 % (13) чоловіків та 40,91% (9) жінок. Представники вікової категорії 45 і старше діляться у співвідношенні чоловічої статі 28,57% (6) та жіночої 71,43% (15).

На питання щодо рівня освіти серед студентів та викладачів Національного університету «Чернігівський колегіум» переважаюча кількість опитаних це 42,6% мають перший рівень вищої освіти, 19,1 % з повним курсом закладу середньої освіти 16 % - володарі третього рівня вищої освіти, всі інші 13,8% - другий рівень вищої освіти та 8,5% - коледж (рис. 3.7)



Рис. 3.7 Освітня структура респондентів

Вік серед опитувальників що мають перший рівень вищої освіти найбільше – 77,5% (31) складає молодь 18-25 років, 15% (6) припадає на вікову групу 26-44 роки, найменш це 7,5% (3) люди 45+. За статеву структуру жінки 62,5 % (25) і чоловіки 37,5 % (15). Респонденти з повним курсом закладу середньої освіти віком 18-25 років складають 72,22% (13), а 26-44 років – 16,67% (3), 45 і старше – 11,11% (2). Жіноча частина респондентів становить 66,6% (12) чоловіча ж 33,3% (6). Серед володарів третього рівня вищої освіти переважають віком 45 і старше років 86,67 % (13), залишається небагато 13,33% (2) у віці 26-44 роки. Переважна частина учасників – жінки 80% (12), а чоловіків 20% (3). Серед випускників магістратури (другого рівня вищої освіти) 61,54% (8) – віком 26-44 роки, 23,08% (3) це 45 і старше, 15,38% (2) – 18-25 років. Серед магістрів жіночої статі – 69,23% (9), чоловічої статі ж 30,77% (4). Респонденти що мають рівень освіти коледжу віком 18-25 років та 26-44 розділились навпіл – 50 % (4). Хоча за статеву структуру переважають жінки 87,5% (7) над чоловіками 12,5% (1).

За поточним статусом зайнятості респондентів переважають 52,6 % - студенти, 41,1 % респондентів працевлаштовані на повну зайнятість, найменша частка – 6,3 % мають часткову зайнятість (рис. 3.8).



Рис. 3.8 Структура зайнятості та навчання серед респондентів

Серед опитаних студентів найбільше за віком 18-25 років – 82% (41), особи працездатного віку 26-44 роки складають 12% (6), старших вікових груп 45+ за опитуванням 6 % (3). Студентське середовище здебільшого складається з жінок - 70% (35), а чоловіків лише 30% (15). Вікову структуру працевлаштованих на повну зайнятість складає молодь 18-25 років – 23,08 % (9) та 26-44 роки з 45+ по 38,46 % (15). Серед працюючих на повну ставку жінок 64,1 % (25) а чоловіків 35,9 % (14). Респонденти з частковою зайнятістю за віковим розподілом 18-25 роки складає 33,33% (2), 26-44 роки -16,67 % (1) а 45+ років – 50% (3). Серед осіб зайнятих неповний робочий день жінок 83,33 % (5) і чоловіків 16,67 %.

Свій поточний стан здоров'я серед опитаних вважають певною мірою добрим більшість 56,8 %, посереднім – 27,4 %, відмінним- 13,7%, певною мірою поганим – 2,1 %. Поганим своє здоров'я серед учасників опитування ніхто не вважає (рис. 3.9)

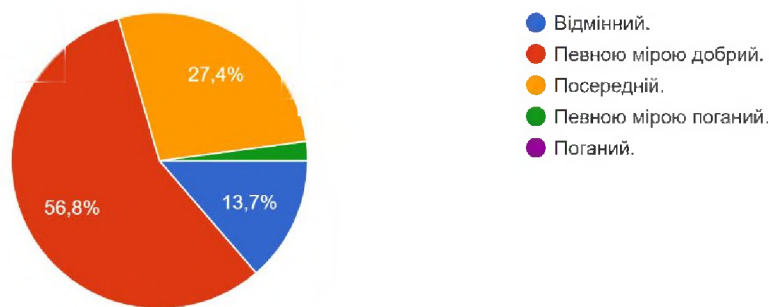


Рис. 3.9 Оцінка стану здоров'я респондентів

У віковій групі 18-25 років переважна більшість респондентів – 65,4% (34) оцінили свій стан здоров'я як «певною мірою добрий», 19,2% (10) – як «посередній», 13,5 % (7) – як «відмінний» і лише 1,9 % (1) як «певною мірою поганий». Серед опитаних молодого дорослого віку – 26-44 років спостерігається у 45,5% (10) – стан здоров'я як певною мірою добре, у 36,4 % (8) як «посередній», менше всіх у 13,6% (3) – «відмінний» та 4,6% (1) – «певною мірою поганий». Особи віком понад 45 років демонструють оцінку як «певною мірою добрий» – 47,6% (10), «посередній» – 38,1% (8), «відмінний» – 14,3 % (3). У віковій групі 45+ жоден респондент не оцінив здоров'я як певною мірою погане (лише ця група дала такі відповіді). Однак оцінку погане вибирали учасники з усіх груп, у тому числі 45+.

За статевою ознакою, жінки оцінюють стан здоров'я наступним чином: у певною мірою добре — 61,54% (40), посередньо — 24,62% (16), відмінно — 13,85% (9). Чоловіки своєю чергою, оцінили стан здоров'я так: у певною мірою добре — 46,67% (14), посередньо — 33,33% (10), відмінно — 13,33% (4), певною мірою погано – 6,67% (2).

На питання до респондентів чи вживали вони алкоголь протягом останніх 12 місяців, принаймні один стандартний алкогольний напій а це 350 мл. різних спиртних напоїв: горілка, настоянка тощо. Серед 95 відповідей найбільша частка 46,3% вживає рідше одного разу на місяць, 23,2% - 1-3 дні на місяць, 10,5% - 1-2 дні на тиждень, 10,5 %- інші варіанти серед яких є не вживаю

спиртні напої або схожі формулювання, дуже рідко та не вживаю тимчасово, 6,3% - кожного дня, 2,1% - 3-6 днів на тиждень (рис. 3.10).

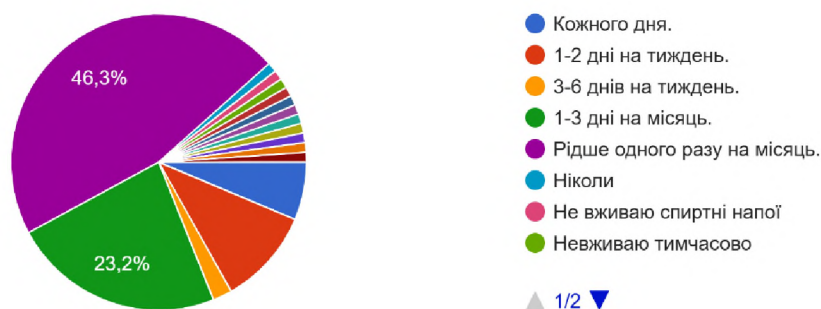


Рис.3.10.Частота вживання алкоголю протягом останніх 12 місяців

Досліджуючи вплив повномасштабного вторгнення на споживання алкоголю студентами нами були отримані відповіді згідно з якими 69,1% не змінили практику споживання. Однакова кількість опитаних збільшили або зменшили вживання спиртного по 11,7 %. Решта варіантів відповідей мають набагато меншу підтримку (рис 3.11).

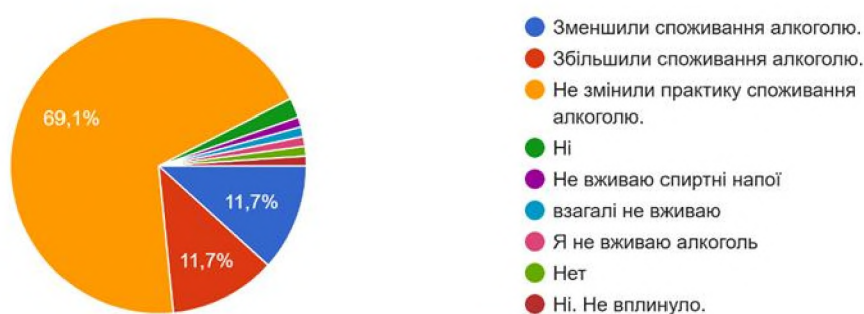


Рис. 3.11 Вплив повномасштабного вторгнення на споживання алкоголю

Фізична активність згідно опитування у найбільшого числа респондентів 44,2 % - це загальна достатня активність. У 23,2% зазначили «фізичну активність під час роботи, така активність є зазвичай неплановою, але може частково компенсувати сидячий спосіб життя. 15,8 % віддають 2+ дні на

тиждень зміцнюючої активності, лише 8,4 % - займаються 150 і більше хвилин аеробної фізичної активності на тиждень. Дана норма є рекомендованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для дорослих віком 18-64 роки. Найменше 5,26% зазначають що мають фізичну активність пов'язану з транспортом (рис. 3.12)



Рис.3.12 Види фізичної активності у студентів та викладачів

Переважає більшість респондентів (71,3%) не курять, що є позитивним показником щодо здоров'я населення. Однак майже третина (28,7%) мають звичку до тютюнокуріння — це значна частка, що потребує уваги для заходів профілактики (рис. 3.13)

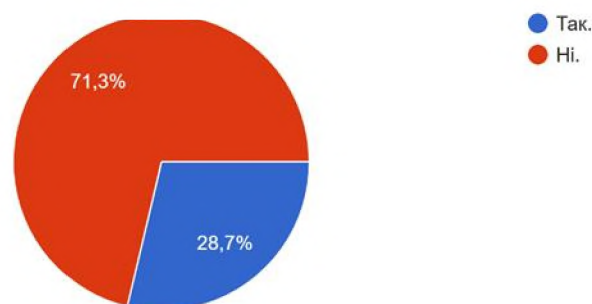


Рис. 3.13 Розповсюдження куріння серед студентів і викладачів

Серед вікової групи 18-25 років більшість не палять – 65,4% (34) проти 34,6% курців. Ця тенденція зберігається у респондентів 26-44 років 77,3% обрали негативний варіант і лише 22,7% позитивний щодо звички. Продовжується

тренд і у людей віком 45 і старше (80% - ні, 20% - так). Споживачі тютюну виявились у всіх вікових групах. Серед чоловіків осіб що палять нараховується 40% проти 60% що не мають цієї звички. Серед жінок осіб які курять складають 23,4 %, а які не курять – 76,6%. Різниця між часткою жінок, які не курять, і тими, хто курить, значно більша, ніж аналогічна різниця серед чоловіків, що свідчить про помітнішу перевагу на користь некурців серед жінок.

У нашому дослідженні було розглянуто як повномасштабне вторгнення вплинуло на звичку тютюнокуріння. За отриманими результатами загалом було отримано 56 відповідей які ми розділили за 4 варіантами. Серед них більшість опитаних (35,7 %) кинули палити, майже третина (28,6%) збільшили кількість випалених цигарок через зростання рівня стресу від війни. Найменші дві групи є однаковими за чисельністю (17,9 %) це ті що зменшили кількість випалених цигарок та почали палити (рис. 3.14).

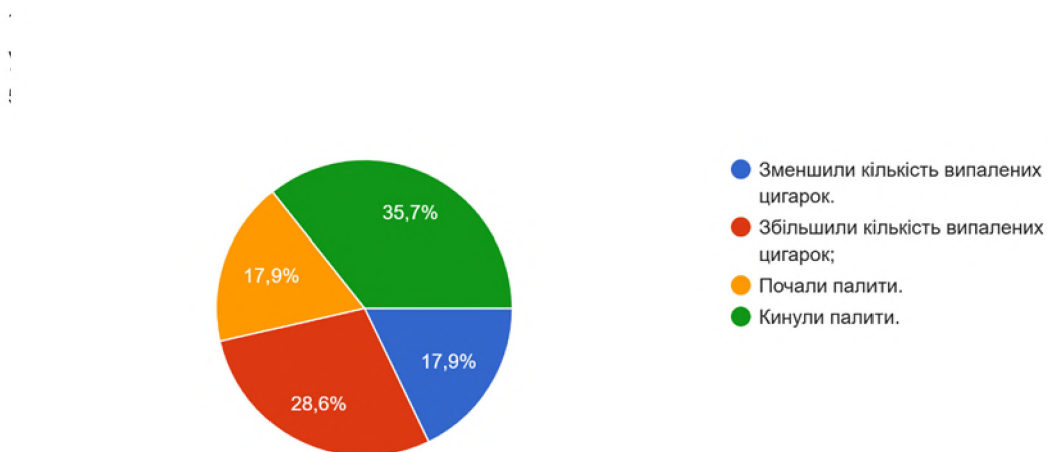


Рис. 3.14 Вплив повномасштабного вторгнення на звичку куріння

Здорове харчування - це важлива частина загального здоров'я і добробуту. ВООЗ рекомендує споживати щонайменше 400 грамів фруктів і овочів щодня. Ідеальною нормою є п'ять порцій різних фруктів та овочів щодня. Одна порція має важити близько 80 грамів. А оптимальною кількістю виявилось вживання двох порцій фруктів і трьох порцій овочів на день [16]. В нашій анкеті є питання що розглядає цю норму харчування серед опитаних. За результатами найбільше споживає норму - 400 грам 2-3 рази на тиждень 40%

респондентів, 30,5 % - споживає кожного дня але менше 400 г., 22,1 % - споживає рекомендовану порцію щодня. Меншість 5,3% не споживає овочів і фруктів (рис.3.15).

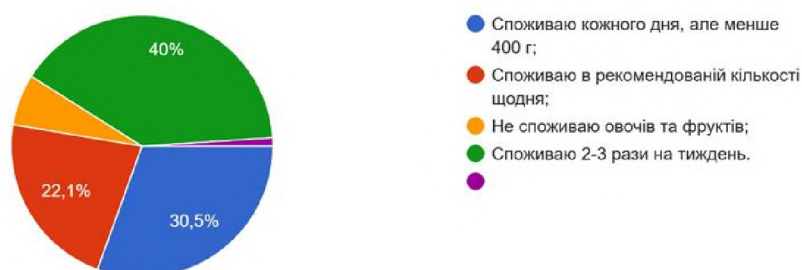


Рис. 3.15 Споживання серед опитаних норми ВООЗ фруктів і овочів

У віковій категорії 18-25 років переважає споживання кожного дня фруктів і овочів але менше 400 грамів – 43,1%, прийом 2-3 рази на тиждень – 37,3%, вживання в рекомендованій кількості – 13,7% та не використовувало овочів і фруктів у їжу 5,9%. Люди віком 26-44 роки відповідали найбільше що приймали в їжу овочі і фрукти 2-3 рази на тиждень це 54,6%, вживання в рекомендованих обсягах кожен день – 22,7%, кожного дня їдять, проте менше 400 грамів – 13,6 %, не включає овочі і фрукти у свій раціон 9,1% респондентів. Серед опитувальників віком 45+ щоденно дотримується рекомендованої норми споживання овочів і фруктів – 42,9%, помірна частота споживання (2-3 рази на тиждень) – 33,3 %, щоденне вживання до 400 грам – 19,1%, не мають овочів і фруктів у харчуванні лише 4,8%. За статеву структуру споживання розподілилось так: щоденне вживання менше рекомендованої дози (жінки – 37,5 чоловіки- 16,7 %), нерегулярне, але повторне вживання (2-3 рази на тиждень) (жінки – 37,5% чоловіки - 46,7 %), регулярне вживання у достатній кількості (жінки – 23,4%, чоловіки- 20%), повністю виключені овочі та фрукти із раціону (жінки – 1,6%, чоловіки – 16,7 %).

В анкетуванні щодо споживання води кожного дня для зручності респондентів за одиницю виміру взяли 1 стакан води (250 мл.). Більшість

випиває 3 стакани (25,3%) на день. Однакова кількість опитувальників що випиває 4 і 5 стаканів по 20%. 6 стаканів споживають кожного дня 17,9%, а 8 склянок – 16,8 % (рис 3.16)

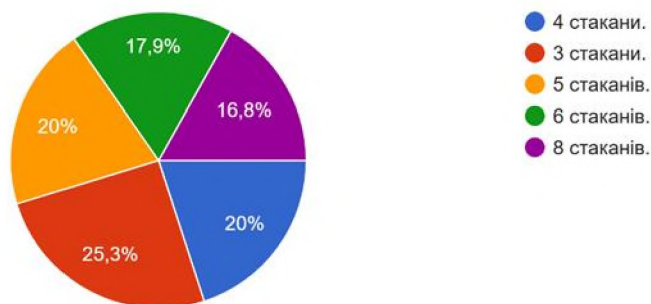


Рис. 3.16 Щоденне споживання води

Для споживання солі рекомендована норма ВООЗ це менше 5 грам на день це відповідає 1 чайній ложці. Студентська молодь під час приготування однієї порції страви дома додає менше 1 чайної ложки- 65,3%, 1 чайну ложку 27,4%, більше за чайну ложку додає найменше- 7,4% (рис. 3.17)

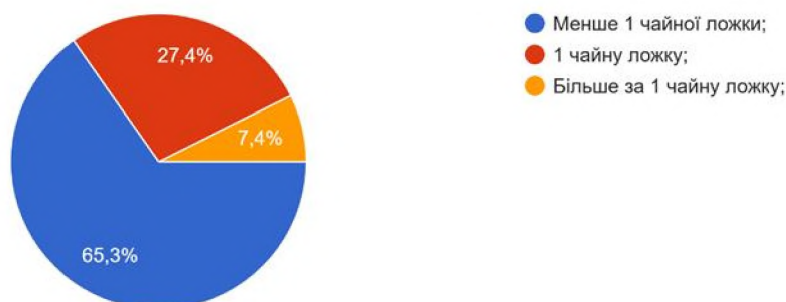


Рис. 3.17 Порція солі при приготуванні однієї порції вдома

Ще один із аспектів нами проаналізовано це вживання продуктів з високим вмістом солі. Згідно отриманих даних трохи менше половини (48,4 %) вживають рідше ніж раз на тиждень, дві рівні частини по 18,9% споживають високо солоні продукти 1-2 дні на тиждень або не вживають взагалі, 13,7% респондентів зізналась у любові цих продуктів (рис. 3.18).

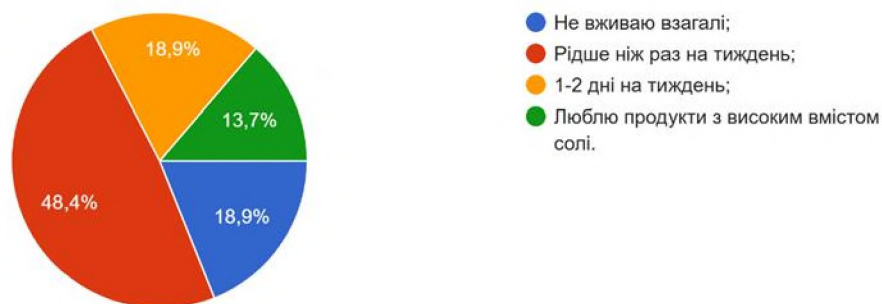


Рис. 3.18 Споживання продуктів з високим вмістом солі

ВООЗ рекомендує обмежити споживання вільних цукрів до менше ніж 10% від загальної кількості споживаних калорій на день, а зниження до 5% може принести додаткові переваги. Це еквівалентно приблизно 25 грамам (близько 6 чайних ложок) цукру на день для дорослої людини з нормальним індексом маси тіла. Також ВООЗ радить уникати споживання газованих солодких напоїв, адже найкраща рідина для споживання – це питна вода [16].

Кількість респондентів що споживає продукти з високим вмістом цукру 1-2 дні на тиждень – 37,9%, рідше ніж 1 раз на тиждень та щодня по 18,9%, 3-6 днів на тиждень - 13,7 %, не вживає взагалі 10,5% (рис. 3.19)

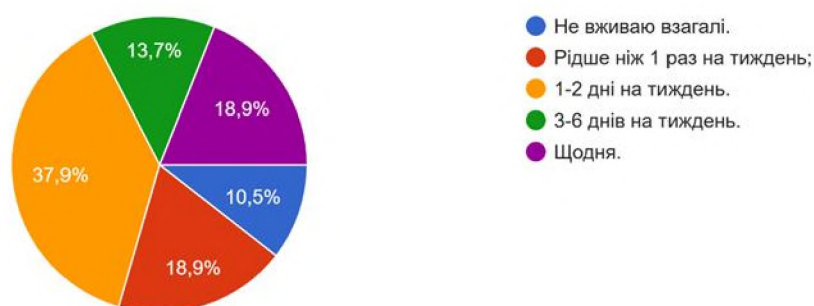


Рис.3.19 Споживання продуктів з високим вмістом цукру

На питання в анкеті щодо споживання солодких напоїв, відповіді у відсотковому відношенні розподілились так. Щодня п'є 28,4%, рідше ніж 1 раз

на тиждень та 1-2 дні на тиждень відповіло по 23,2 %, 3-6 днів на тиждень 13,7%, не вживають взагалі 11,6% (рис. 3.20).

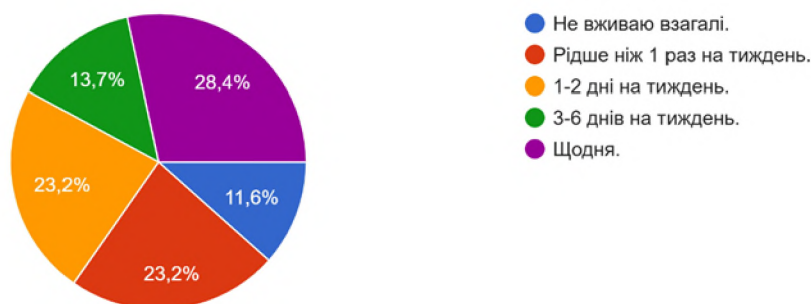


Рис. 3.20 Споживання солодких напоїв (солодких газованих напоїв, фруктових соків, солодких каву та чай)

Серед респондентів більшість (62,1%) не має зайвої ваги, вона визначалась у 37,9% (рис.3.21).

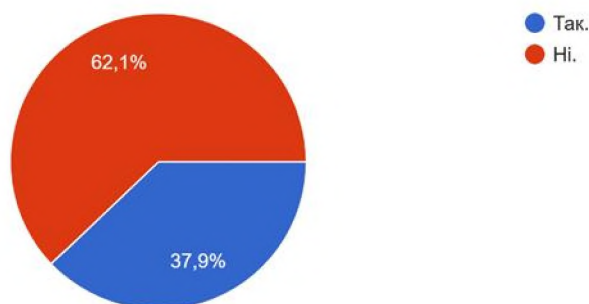


Рис. 3.21 Наявність зайвої ваги

Самоконтроль артеріального тиску є ефективним інструментом для своєчасного виявлення артеріальної гіпертензії. У разі стійкого підвищення або значних коливань показників артеріального тиску слід оперативно вжити відповідних заходів. Це дає можливість своєчасно розпочати вторинну профілактику, яке допоможе підтримувати артеріальний тиск на оптимальному рівні та зменшити ризик розвитку тяжких ускладнень, зокрема інсульту та

інфаркту міокарда. Регулярний моніторинг також дозволяє коригувати підходи до профілактики відповідно до стану здоров'я та індивідуальних потреб людини. Важливо зазначити, що самопочуття та самооцінка стану здоров'я не завжди точно відображає його реальний стан, і регулярні медичні огляди є ключовими для контролю артеріальної гіпертензії [16].

Більшість опитаних – 57,9% нами не вимірюють собі артеріальний тиск, 31,6% вимірюють раз на тиждень, 6,3% вимірює раз на день, 4,2% - вранці і ввечері кожного дня (рис.3.22)

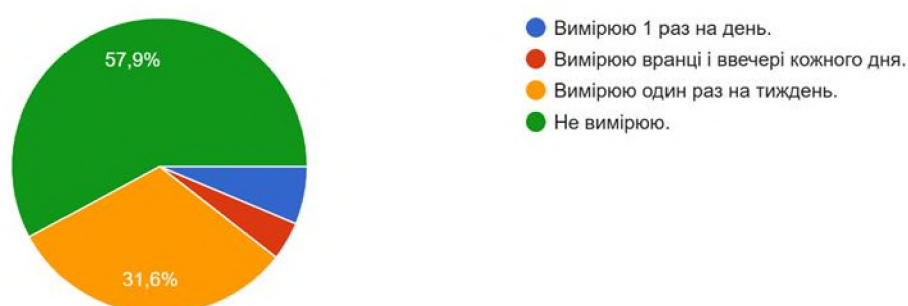


Рис. 3.22 Частота вимірювання артеріального тиску

Згідно опитуванню випадки підвищеного артеріального тиску мали трохи більше половини - 52,6% респондентів, проти 47,4% які їх не фіксували (Рис. 3.23).

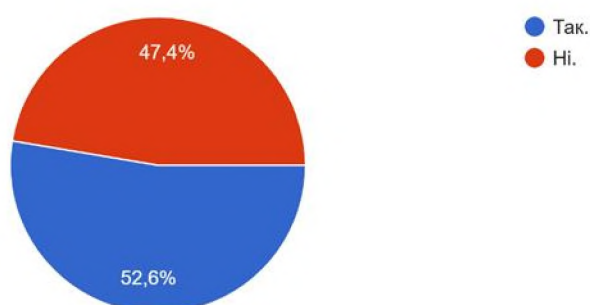


Рис. 3.23 Фіксування випадків підвищеного артеріального тиску

Вченими з'ясовані базові механізми виникнення серцево-судинних захворювань під впливом психосоціальних стресових чинників [21]. Тому цей фактор ризику враховувався нами для складання анкети. Були отримані такі відповіді: 58,5% рідко зазнають стану стресу, 30,9% постійно перебувають у цьому стані, лише 10,6 % ніколи його не зазнавали (рис. 3.24).

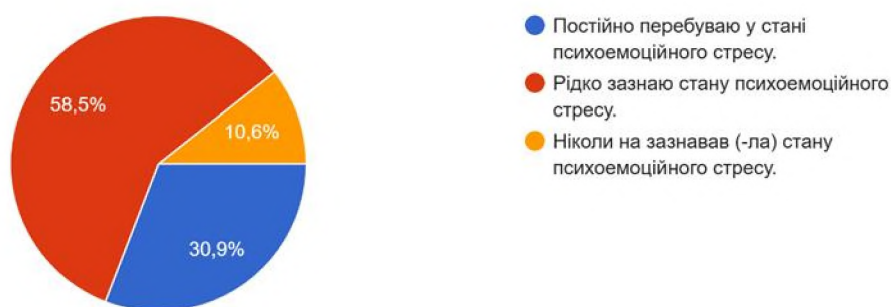


Рис. 3.24 Відчуття стану психоемоційного стресу

3.4.Рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань

Профілактика серцево-судинних захворювань є одним із ключових напрямів сучасної системи громадського здоров'я. Ефективна профілактика хвороб системи кровообігу базується насамперед на первинних заходах, які передбачають широке інформування населення, формування здорового способу життя та усунення факторів ризику з метою запобігання розвитку хвороб і необхідності клінічного втручання. Широке інформування населення має охоплювати всі вікові групи – від дошкільнят до осіб літнього віку. Формування основ здорового способу життя повинно розпочинатися ще з раннього дитинства. У дошкільних закладах важливо закладати перші знання про користь рухової активності, здорового харчування та дотримання режиму дня. Через ігрові форми, казки, тематичні малюнки та бесіди діти можуть легко

засвоювати базові уявлення про "корисну їжу", "сильне серце" та "рухи для здоров'я". У закладах загальної середньої освіти профілактична робота набуває більш цілеспрямованого характеру. Предмети на кшталт "Основи здоров'я" включають тематику серцево-судинного здоров'я, а також роз'яснюють ризики куріння, малорухливого способу життя та неправильного харчування. Особлива увага приділяється формуванню корисних харчових звичок, таких як обмеження споживання солі (менше ніж 5 г на добу, що відповідає одній чайній ложці), зменшення кількості цукру та відмова від солодких газованих напоїв. Школярів навчають важливості щоденного вживання овочів і фруктів у кількості не менше 400 г на день (близько 5 порцій), а також підтримки оптимального водного балансу шляхом достатнього споживання чистої питної води. Важливою складовою є також участь учнів у спортивних гуртках, тематичних акціях («День серця», «Тиждень здоров'я»), конкурсах з приготування корисних страв, а також інформаційна робота з батьками. Студентська молодь становить ще одну важливу цільову групу, зважаючи на високу поширеність шкідливих звичок та психоемоційних навантажень у цьому віці. В університетах варто проводити лекції та тренінги з питань профілактики гіпертонії, ожиріння, стресу, а також організовувати безкоштовні медичні огляди з вимірюванням артеріального тиску, індексу маси тіла, рівня глюкози й холестерину. Особлива увага приділяється боротьбі з тютюнокурінням, яке є провідним фактором ризику розвитку серцево-судинних і онкологічних хвороб. Заохочення молоді до занять спортом, формування культури харчування, відмова від шкідливих звичок, помірне або повне утримання від вживання алкоголю та інформування про фактори ризику серцево-судинних захворювань – все це є важливими складовими довгострокової профілактики. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, дорослим віком від 18 до 64 років слід приділяти фізичній активності щонайменше 150–300 хвилин на тиждень у вигляді аеробних вправ помірної інтенсивності або 75–150 хвилин на тиждень — у вигляді вправ високої інтенсивності. Регулярна фізична активність позитивно впливає на стан серцево-судинної, дихальної систем,

обмін речовин та психоемоційне здоров'я. На рівні суспільства профілактика хвороб системи кровообігу повинна здійснюватися через масштабні інформаційно-просвітницькі кампанії, спрямовані на формування відповідального ставлення до власного здоров'я. Засоби масової інформації, соціальні мережі, плакати в громадських місцях, теле- та радіопередачі, подкасти є ефективними каналами донесення знань про ознаки, фактори ризику та запобігання серцево-судинним хворобам. Особливої актуальності набуває використання соціальних мереж (Facebook, Instagram, TikTok, YouTube, Telegram) як ефективного інструменту для поширення інформації про профілактику захворювань серцево-судинної системи серед молоді та населення працездатного віку. Короткі відео, інформаційні дописи, прямі ефіри з лікарями, інфографіка та поради у форматі «сторіс» мають великий вплив на поведінку користувачів. Важливо також заохочувати створення освітніх блогів медичними працівниками, фітнес-тренерами, нутриціологами та пацієнтами з власним досвідом. Такий підхід дозволяє не лише інформувати, а й мотивувати до змін способу життя через приклади та інтерактивне спілкування. Окрему роль у профілактиці відіграє підхід «здоров'я в усіх політиках», який передбачає участь різних секторів – освіти, транспорту, економіки, екології – у створенні умов для здорового життя. Наприклад, облаштування велосипедних доріжок, забезпечення шкільних їдалень корисними стравами, обмеження реклами шкідливих продуктів, доступність зелених зон для активного дозвілля – усе це є частиною комплексного профілактичного підходу.

Таким чином, профілактика серцево-судинних захворювань потребує системного міжсекторального підходу, починаючи з дитячого віку і охоплюючи всі прошарки населення. Саме через безперервне інформування, виховання, цифрову комунікацію та створення сприятливого середовища можливо досягти істотного зниження захворюваності та смертності від хвороб системи кровообігу у суспільстві.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що фактор ризику — це чинник, який: зі збільшенням підвищує захворюваність і смертність, частіше трапляється у хворих, ніж у здорових, його зниження зменшує ризик ускладнень і смертності. Фактори ризику хвороб системи кровообігу це психоемоційний стрес, вживання алкоголю, солодких напоїв та цукру, надмірно солі, куріння, підвищений тиск, низька фізична активність, зайва вага, підвищений тиск (гіпертензія). Якщо не протидіяти поведінковим чинникам ризику, їх негативний вплив на здоров'я буде ще більшим у майбутньому. Пересорієнтація охорони здоров'я на економічно-зацікавлену профілактику, участь громадян, масштабні програми підвищення усвідомлення, спеціально спрямовані на молодь і школи, можуть допомогти зменшити поширення поведінкових чинників ризику в наступному поколінні.
2. Проаналізовано динаміку смертності від серцево-судинних захворювань на Чернігівщині у 2020–2024 роках, що засвідчує загальну тенденцію до зниження як загального рівня смертності, так і смертності серед працездатного населення. Водночас усі форми гіпертонічної хвороби залишаються основною причиною летальних випадків. Незважаючи на покращення показників смертності, рівень первинної інвалідності серед працездатного населення демонструє зростання, що вказує на недостатню ефективність профілактичних заходів і раннього виявлення захворювань. Це підкреслює необхідність подальшого розвитку програм з контролю артеріального тиску, популяризації здорового способу життя та підвищення медичної обізнаності населення.
3. Встановлено за анкетами, що найбільша частка респондентів (46,3%) вживає алкоголь рідше одного разу на місяць, 23,2% — 1-3 дні на місяць, а 6,3% — щодня. Переважна більшість (71,3%) не курить, проте 28,7% мають звичку до тютюнокуріння. Щодо фізичної активності, 44,2% мають загальну достатню активність, 15,8% займаються зміцнюючими вправами 2 і більше днів на тиждень, тоді як лише 8,4% відповідають рекомендованому ВООЗ рівню аеробної активності. У харчуванні 40% споживають рекомендовану норму овочів і фруктів 2-3 рази на тиждень, 22,1% — щодня. Споживання води

переважно становить 3-5 склянок на день. Продукти з високим вмістом солі споживають рідше одного разу на тиждень 48,4%, а продукти з високим вмістом цукру – переважно 1-2 рази на тиждень. Щодо солодких напоїв, 28,4% вживають їх щодня. Зайву вагу має 37,9% респондентів. Артеріальний тиск не вимірює 57,9% опитаних, а 52,6% фіксували випадки його підвищення. Щодо стресу, 58,5% рідко його відчують, 30,9% – постійно.

4. З'ясовано, що найбільш небезпечні та поширені ризики розвитку серцево-судинних захворювань є стрес, вживання цукру/солодких напоїв, гіпертензія, зайва вага та низька фізична активність. Найменш поширені фактори — це куріння та надмірне вживання алкоголю, що є позитивним моментом. Важливо підвищити рівень освіченості про гіпертензію, харчові звички та значення фізичної активності.

5. Розроблено рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань, що передбачають первинні заходи інформування населення, формування здорового способу життя з дитячого віку, боротьбу з тютюнокурінням, шкідливими харчовими звичками та низькою фізичною активністю. Особливу увагу приділено просвіті у навчальних закладах, поширенню знань про здоровий спосіб життя через соціальні мережі та блогінг, а також міжсекторальній взаємодії для створення сприятливого середовища, що сприяє зниженню захворюваності та смертності від хвороб системи кровообігу.

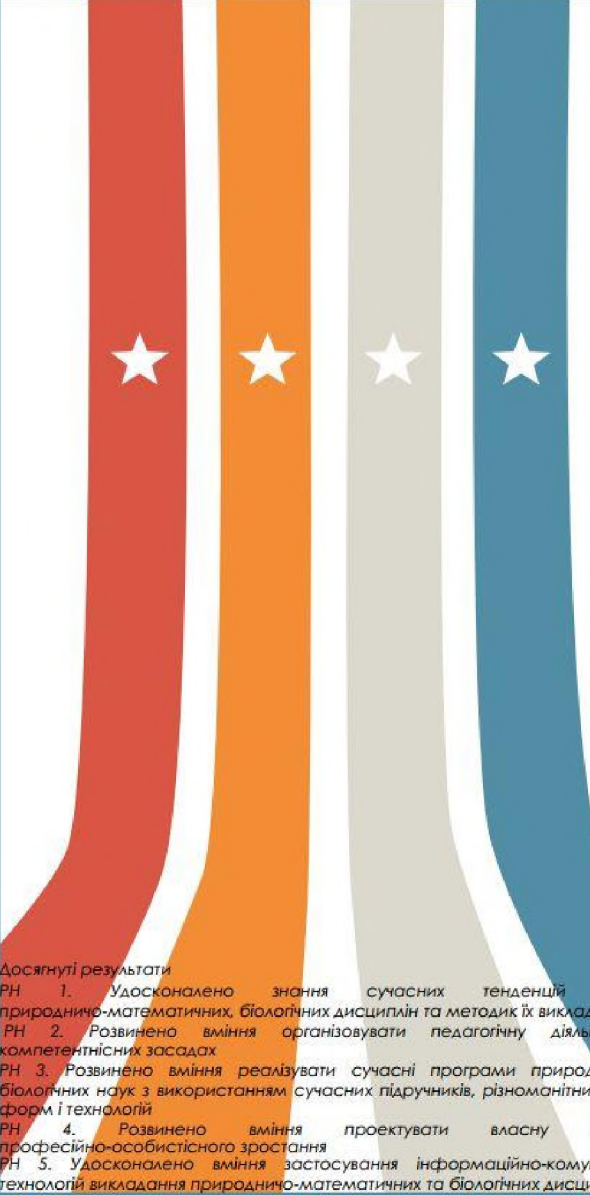
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бідучак А.С. Хвороби системи кровообігу як світова проблема. *Український терапевтичний журнал*. 2014. №1. С.95-100
2. Бойко В.В., Демченко Н.Р. Фактори ризику серцево-судинних захворювань. *Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання: збірник тез доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів, аспірантів і молодих учених (м. Чернігів, 20 листопада 2024 р.). Чернігів: НУЧК ім. Т.Г. Шевченка, 2024. С. 27-28*
3. Бойко В.В., Демченко Н.Р. Хвороби системи кровообігу в Україні та їх профілактика. *Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання: збірник тез доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів, аспірантів і молодих учених (м. Чернігів, 7 грудня 2023 р.). Чернігів: НУЧК ім. Т.Г. Шевченка, 2023. С. 19-20*
4. Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки: Постанова Каб. Міністрів України від 31 травня 2006 р. № 761. Офіційний вісник України. 2006. №22. Ст. 1600
5. Конституція України: Закон України від 28 червн. 1996 р. № 254к/96-ВР (зі змінами і доповненнями). *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст.141.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII *Відомості Верховної Ради України*. 1993. №4. Ст. 19.
7. Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2019-2020 роки / гол. ред. В.О. Тарасовський. Чернігів: Черніг. обл. центр гром. здоров'я, 2021. 231с.
8. Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2021-2022

- роки / гол. ред. В.О. Тарасовський. Чернігів: Черніг. обл. інформ.-анал. центр мед. статистики, 2023. 186 с.
9. Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2022-2023 роки / гол. ред. В.О. Тарасовський. Чернігів: КНП «Черніг. обл. інформ.-анал. центр мед. статистики» Черніг. облради, 2024. 186 с.
 10. Показники стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я Чернігівської області за 2023-2024 роки / гол. ред. В.О. Тарасовський. Чернігів: КНП «Черніг. обл. інформ.-анал. центр мед. статистики» Черніг. облради, 2025. 180 с.
 11. Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну»: Закон України від 16 грудня 2021 р. № 1978-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. № 7. Ст. 20
 12. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: Закон України від 22 вересня 2005 р. № 2899-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2005. № 52. Ст. 565
 13. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 р. № 2573-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2023. №26. Ст. 93
 14. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020: Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015. *Офіційний вісник України*. 2015. № 4. Ст. 67
 15. Профілактика серцево-судинних захворювань: теоретичні засади та практичне впровадження: монографія / Д.Д. Дячук та ін.; Держ. наук. установа «Наук.-практ. Центр проф. та клін. мед.» Держ. управ. справ. Київ, 2019. 175 с.
 16. Росол М., Запорожська О., Котикович Ю., Гриб Н., Руда Т., Звіт за результатами телефонного опитування дорослого населення України щодо факторів ризику неінфекційних захворювань. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ Укр.. 2024. 24 с.

17. Росул М.М., Фейса С.В., Іваньо Н.В., Корабельщикова М.О. Профілактика серцево-судинних захворювань: роль сімейного лікаря *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 1 (33) С. 178-182
18. Смертність в Україні (2015-2022) URL: <https://index.minfin.com.ua/reference/people/deaths/> (дата звернення 17.02.2025).
19. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»: затв. наказом МОЗ України від 13.06.2016 р. № 564 Київ: МОЗ України, 2016. 50 с.
20. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)»: затв. наказом МОЗ України від 12.09.2024 р. № 1581. Київ: МОЗ України, 2024. 52 с.
21. Чаплінський Р.Б. Психосоціальні стресові чинники, як фактор виникнення хвороб системи кровообігу. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. 2012. Вип. 5. С. 298-306

ДОДАТОК А

	
	Сертифікат учасника
	ЦЕЙ СЕРТИФІКАТ СВІДЧИТЬ ПРО ТЕ, ЩО
	Бойко Володимир Вікторович
	БРАВ(ЛА) УЧАСТЬ У ВСЕУКРАЇНСЬКІЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНІЙ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ І МОЛОДИХ УЧЕНИХ «Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання»
	
Досягнуті результати РН 1. Удосконалено знання сучасних тенденцій розвитку природничо-математичних, біологічних дисциплін та методик їх викладання РН 2. Розвинено вміння організовувати педагогічну діяльність на компетентнісних засадах РН 3. Розвинено вміння реалізувати сучасні програми природничих та біологічних наук з використанням сучасних підручників, різноманітних методів, форм і технологій РН 4. Розвинено вміння проектувати власну програму професійно-особистісного зростання РН 5. Удосконалено вміння застосування інформаційно-комунікаційних технологій викладання природничо-математичних та біологічних дисциплін	Третяк Олександр Петрович декан природничо-математичного факультету НУЧК ім. Т. Г. Шевченка, кандидат біологічних наук, професор
	6 годин, 0,2 кредити ЕСТS
	ПМФ-№15

ДОДАТОК Б

★

★

★

★

Досягнуті результати

РН 1. Удосконалено знання сучасних тенденцій розвитку природничо-математичних, біологічних дисциплін та методик їх викладання

РН 2. Розвинено вміння організовувати педагогічну діяльність на компетентнісних засадах

РН 3. Розвинено вміння реалізувати сучасні програми природничих та біологічних наук з використанням сучасних підручників, різноманітних методів, форм і технологій

РН 4. Розвинено вміння проектувати власну програму професійно-особистісного зростання

РН 5. Удосконалено вміння застосування інформаційно-комунікаційних технологій викладання природничо-математичних та біологічних дисциплін

Сертифікат учасника

ЦЕЙ СЕРТИФІКАТ СВІДЧИТЬ ПРО ТЕ, ЩО

Бойко Володимир Вікторович

БРАВ(ЛА) УЧАСТЬ У

**ВСЕУКРАЇНСЬКІЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНІЙ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ І МОЛОДИХ УЧЕНИХ «Крок
у науку: дослідження у галузі природничо-математичних
дисциплін та методик їх навчання»**

20
Листопада
2024

Третяк Олександр Петрович
декан природничо-математичного
факультету НУЧК ім. Т. Г. Шевченка,
кандидат біологічних наук, професор

Природничо-математичний факультет

6 годин, 0,2 кредити ЕCTS

ПМФ-№11

54

ДОДАТОК В.1

89

26.05.2021, 11:49

Фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань

Фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань

Графіка, таблиці та контроль за неінфекційними захворюваннями починається з розуміння стану того, як основні фактори ризику, такі як куріння, вживання алкоголю, нездорове харчування, низька фізична активність.

тощо впливають на ризик розвитку неінфекційних захворювань. Дані цього опитування допоможуть зрозуміти поточний стан здоров'я населення, виявити нові тенденції та ризики, з якими громадськість може зіткнутися в майбутньому. Опитування проводиться в рамках виконання магістерської роботи спеціальності 225 Громадське здоров'я.

1. Зазначте свій вік.

- ☒ 18 – 25 років;
☐ 26 – 44 років;
☐ 45+ років.

2. Ваша стать.

- ☐ Жінка;
☒ Чоловік.

https://www.google.com/maps/place/_JW7T6aKk3d2E9V932EUI7ME5d_3F54Qd9CM_C9A9PL4nZlWm9r3s2m0ACQDBN4mZ5m0A2A9uXv4y... 1/7

26.05.2021, 12:52

Фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань

6. Чи вживали Ви алкоголь впродовж останніх 12 місяців, принаймні один стандартний алкогольний напій (1 стандартна доза – 350 мл пива, 150 мл вина, 50 мл міцних спиртних напоїв (горілка, настоянка тощо).

- ☐ Кожного дня.
☐ 1-2 дні на тиждень.
☐ 3-6 днів на тиждень.
☐ 1-3 дні на місяць.
☐ Рідше одного разу на місяць.
☒ Інше – дуже рідко.

7. Чи вплинуло пандемічне втривання росій в Україні на споживання Вами алкоголю?

- ☐ Зменшили споживання алкоголю.
☐ Збільшили споживання алкоголю.
☒ Не змінили практику споживання алкоголю.
☐ Інше:

https://www.google.com/maps/place/_JW7T6aKk3d2E9V932EUI7ME5d_3F54Qd9CM_C9A9PL4nZlWm9r3s2m0ACQDBN4mZ5m0A2A9uXv4y... 3/7

26.05.2021, 12:52

Фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань

3. Яким Ваш рівень освіти?

- ☐ Повний курс закладу середньої освіти;
☐ Коледж;
☒ Перший рівень вищої освіти;
☐ Другий рівень вищої освіти;
☐ Третій рівень вищої освіти.

4. Чим Ви на даний момент займаєтесь?

- ☐ Працевлаштований (на) – повна зайнятість.
☐ Працевлаштований (на) – часткова зайнятість.
☒ Студент.

5. Як Ви оцінюєте свій поточний стан здоров'я:

- ☐ Відмінний.
☒ Повною мірою добрий.
☐ Посередній.
☐ Півною мірою поганий.
☐ Поганий.

https://www.google.com/maps/place/_JW7T6aKk3d2E9V932EUI7ME5d_3F54Qd9CM_C9A9PL4nZlWm9r3s2m0ACQDBN4mZ5m0A2A9uXv4y... 2/7

26.05.2021, 12:52

Фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань

8. Зазначте види своєї фізичної активності:

- ☐ Фізична активність під час роботи.
☐ Фізична активність, пов'язана з транспортом.
☐ 150+ хвилин аеробної фізичної активності на тиждень.
☒ 2+ дні на тиждень зміцнюючої активності.
☐ Загальна достатня активність.
☐ Інше:

9. Чи є у вас звичка до тютюнокуріння?

- ☒ Так.
☐ Ні.

10. Чи змінили Ви свої звички до тютюнокуріння після пандемічного втривання росій в Україні?

- ☐ Зменшили кількість випалених цигарок.
☒ Збільшили кількість випалених цигарок.
☐ Почали палити.
☐ Кинули палити.

https://www.google.com/maps/place/_JW7T6aKk3d2E9V932EUI7ME5d_3F54Qd9CM_C9A9PL4nZlWm9r3s2m0ACQDBN4mZ5m0A2A9uXv4y... 4/7

ДОДАТОК В.2

26.05.2025, 12:52 Фактори ризику розвитку нефедеричної хвороби

11. Чи споживаєте Ви 5 порцій овочів та фруктів щодня (близько 400 г)?

☒ Споживаю кожного дня, але менше 400 г.

☐ Споживаю в рекомендованій кількості щодня;

☐ Не споживаю овочів та фруктів;

☐ Споживаю 2-3 рази на тиждень.

☐ Інше: _____

12. Скільки води Ви споживаєте кожного дня? (1 стакан – 250 мл)

☐ 4 склянки.

☐ 3 склянки.

☐ 5 склянок.

☐ 6 склянок.

☒ 8 склянок.

13. Скільки Ви додаєте солі під час приготування однієї порції страви вдома?

☒ Менше 1 чайної ложки.

☐ 1 чайну ложку;

☐ Більше за 1 чайну ложку.

26.05.2025, 12:52 Фактори ризику розвитку нефедеричної хвороби

14. Чи вживаєте Ви продукти з високим вмістом солі?

☐ Не вживаю взагалі;

☐ Рідше ніж раз на тиждень;

☒ 1-2 дні на тиждень;

☐ Люблю продукти з високим вмістом солі.

15. Чи споживаєте Ви продукти з високим вмістом цукру?

☐ Не вживаю взагалі.

☐ Рідше ніж 1 раз на тиждень;

☐ 1-2 дні на тиждень.

☒ 3-6 днів на тиждень.

☐ Щодня.

16. Чи споживаєте Ви солодкі напої (солодкі газовані напої, фруктові соки, солодкі кава, чай)?

☐ Не вживаю взагалі.

☐ Рідше ніж 1 раз на тиждень.

☐ 1-2 дні на тиждень.

☐ 3-6 днів на тиждень.

☒ Щодня.

26.05.2025, 12:52 Фактори ризику розвитку нефедеричної хвороби

17. Чи є у Вас зайва вага?

☐ Так.

☒ Ні.

18. Чи вимірювали Ви собі артеріальний тиск у лікаря або самостійно?

☒ Вимірюю 1 раз на день.

☐ Вимірюю вранці і ввечері кожного дня.

☐ Вимірюю один раз на тиждень.

☐ Не вимірюю.

19. Чи були у Вас випадки підвищеного артеріального тиску?

☒ Так.

☐ Ні.

20. Чи зазнавали Ви стану психоемоційного стресу?

☐ Постійно перебуваю у стані психоемоційного стресу.

☒ Рідко зазнаю стану психоемоційного стресу.

☐ Ніколи не зазнавав (-ла) стану психоемоційного стресу.

Ваші дані Google не створювали цей вміст і не підтримують його.

Google Форми

https://docs.google.com/forms/d/1_nYTB0eTnKdRvYjggEUB7MEd_Ln54qg8M_C4A/F/viewform?usp=sfview&hl=uk&ascp=ACVCEBh4w2Emk39kqPXXWt... 7/7

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу освітнього ступеня «Магістр» студента II курсу природничо-математичного факультету спеціальності 229 Громадське здоров'я Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка **Бойка Володимира Вікторовича** на тему «Епідеміологія серцево-судинних захворювань у Чернігівській області та їх профілактика в системі громадського здоров'я»

На сьогоднішній день захворювання органів серцево-судинної системи спільно з іншими неінфекційними та хронічними респіраторними захворюваннями серйозно загрожують здоров'ю та життю людей. Серцево-судинні захворювання є однією з головних причин смертності в усьому світі, й Україна не є винятком. Найпоширенішими захворюваннями серцево-судинної системи є ішемічна хвороба серця та інсульт, які є головними чинником втрати здоров'я українців. Зменшити темпи поширення серцево-судинних захворювань в Україні можна за рахунок мінімізування основних факторів ризику, що призводять до передчасної смертності. Профілактика є ключовою стратегією для збільшення тривалості життя. Отже, робота Бойка Володимира Вікторовича, в якій досліджено розповсюдження хвороб системи кровообігу у Чернігівській області є актуальною.

Робота складається із вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи – 59 стор. Кількість проаналізованих літературних джерел – 21.

В літературному огляді (Розділ 1) автор розглядає теоретичні аспекти епідеміології серцево-судинних захворювань та особливу увагу звертає на фактори ризику та профілактику хвороб системи кровообігу. Розділ 2 присвячено опису методів та організації дослідження. Хочеться відмітити особистий внесок Бойко В.В. у проведенні емпіричного дослідження з метою обізнаності респондентів щодо основних факторів ризику розвитку хвороб серцево-судинної системи. Автором було проведено опитування через розміщення розробленої анкети у Google Forms (взяли участь 95 респондентів). У Розділі 3 аналізується динаміка хвороб системи кровообігу в Чернігівській області, фактори ризику серцево-судинних захворювань серед студентів та викладачів, а також надані рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань.

В рецензованій роботі бажано було виділити наукову новизну та практичну цінність роботи, висновки зробити більш конкретними, щоб вони відповідали поставленим в роботі завданням. Більше уваги звернути на фактори ризику хвороб системи кровообігу (чітко їх перерахувати у висновках) та підкреслити важливість профілактики захворювань органів серцево-судинної системи, можливо, через створення та розповсюдження пам'ятки факторів та профілактики хвороб системи кровообігу.

Рецензована робота успішно пройшла перевірку на плагіат. В цілому поставлена мета роботи досягнута, завдання виконані.

Таким чином, робота *Бойка Володимира Вікторовича* на тему «Епідеміологія серцево-судинних захворювань у Чернігівській області та їх профілактика в системі громадського здоров'я» відповідає вимогам, які пред'являються до кваліфікаційних робіт другого рівня вищої освіти та може бути представлена до захисту.

Доцент кафедри хімії,
технологій та фармації
Національного університету
«Чернігівський колегіум»
імені Т.Г. Шевченка, к.б.н.



Світлана ТКАЧЕНКО



Звіт подібності

метадані

Назва організації

National University "Chernihiv Collegium"

Заголовок

Епідеміологія серцево-судинних захворювань у Чернігівській області та їх профілактика в системі громадського здоров'я

Автор

Науковий керівник / Експерт

В.В. Бойко Н.Р. Демченко

Підрозділ

National University "Chernihiv Collegium"

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		5
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		34

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

		Колір тексту
ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URI (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%20(4)%20%D1%83%D0%BA%D1%80.pdf	61 0.59 %
2	https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%20(4)%20%D1%83%D0%BA%D1%80.pdf	52 0.51 %
3	Виділення та ідентифікація бактерій з біоплівки, сформованої на поверхні поліетилентерефталату 5/28/2021 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	34 0.33 %

4	https://ohc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%20(4)%20%D1%83%D0%BA%D1%80.pdf	33 0.32 %
5	Секція 1.pdf 12/8/2023 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	24 0.23 %
6	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ЯК СКЛАДОВОЇ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ 5/12/2017 Kharkiv National Medical University (KNMU) (Спеціалізовані вчені ради ХНМУ)	22 0.21 %
7	http://www.mif-ua.com/archive/issue-15969/article-16141/	18 0.17 %
8	https://ohc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%20(4)%20%D1%83%D0%BA%D1%80.pdf	18 0.17 %
9	Виділення та ідентифікація бактерій з біоплівки, сформованої на поверхні поліетилентерефталату 5/28/2021 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	16 0.16 %
10	Виділення та ідентифікація бактерій з біоплівки, сформованої на поверхні поліетилентерефталату 5/28/2021 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	15 0.15 %

з бази даних RefBooks (0.22 %)

ПОРЯДКОВИЙ
НОМЕР

ЗАГОЛОВОК

КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ
СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)

джерело: Paperity

1	ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ ПІД ЧАС ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ПРАВОВОГО РЕЖИМУ ВОЄННОГО СТАНУ Ірина ІЖУТОВА, Ольга САЛЬНІКОВА;	14 (1) 0.14 %
2	Formation of Market Foundations of Health Care Organization in Ukraine (Commercial Legal Aspect) Dmitry Zadykhaylo, Anna Savchenko;	9 (1) 0.09 %

з домашньої бази даних (0.97 %)

ПОРЯДКОВИЙ
НОМЕР

ЗАГОЛОВОК

КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ
СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)

1	Виділення та ідентифікація бактерій з біоплівки, сформованої на поверхні поліетилентерефталату 5/28/2021 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	76 (4) 0.74 %
2	Секція 1.pdf 12/8/2023 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	24 (1) 0.23 %

з програми обміну базами даних (1.58 %)

ПОРЯДКОВИЙ
НОМЕР

ЗАГОЛОВОК

КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ
СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)

1	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ 9/14/2018 Kharkiv National Medical University (KNMU) (Спеціалізовані вчені ради ХНМУ)	44 (5) 0.43 %
---	---	---------------

2	ФУНКЦІОНАЛЬНО - ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ РЕГІОНАЛЬНОГО ЦЕНТРУ КАРДІОЛОГІЇ ТА КАРДІОХІРУРГІЇ НА ПРИНЦИПАХ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА (медико-соціальне обґрунтування) 12/23/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	30 (3) 0.29 %
3	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ЯК СКЛАДОВОЇ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ 5/12/2017 Kharkiv National Medical University (KNMU) (Спеціалізовані вчені ради ХНМУ)	27 (2) 0.26 %
4	Гущук ІВ_розділ 5 АВТОР 11/8/2024 Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")	18 (3) 0.17 %
5	Впровадження державно-приватного партнерства в умовах реформування охорони здоров'я в Україні (на прикладі Сумського обласного клінічного кардіологічного диспансеру) 12/22/2020 Sumy State University (Кафедра управління імені Олега Балацького)	16 (2) 0.16 %
6	Hel_mag 7/9/2024 Ukrainian Catholic University (Ukrainian Catholic University)	14 (1) 0.14 %
7	Курсова робота Кищук І. 12/5/2024 Private institution of higher education «Kamyanets-Podilsky tax institute» (Private institution of higher education «Kamyanets-Podilsky tax institute»)	14 (2) 0.14 %

з Інтернету (2.63 %)

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	ДЖЕРЕЛО URL	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1	https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2%20(4)%20%D1%83%D0%BA%D1%80.pdf	253 (19) 2.46 %
2	http://www.mif-ua.com/archive/issue-15969/article-16141/	18 (1) 0.17 %

Список прийнятих фрагментів (немає прийнятих фрагментів)

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	ЗМІСТ	КІЛЬКІСТЬ ОДНАКОВИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
------------------	-------	---------------------------------------

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання плагіату щодо роботи:

Автор: В.В. Бойко

Співавтор:

Назва: Епідеміологія серцево-судинних захворювань у Чернігівській області та їх профілактика в системі громадського здоров'я

Науковий керівник: Н.Р. Демченко

Підрозділ: National University "Chernihiv Collegium"

Коефіцієнт подібності 1: 5.4%

Коефіцієнт подібності 2: 1.7%

Мікропробіли: 5

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Білі знаки: 0

Дата створення звіту: 2025-06-19 13:50:59.0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 32. ЗУ Про вищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Обґрунтування: *Робота виконана автором самостійно
рівень подібності не перевищує допустимий межі!
Робота оригінальна, незалежна*

Дата *23.06.25р.*

експерт

Пенс