

Вагучик М.З.

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

7 (07) 2016

Львів
2016

Наукове періодичне видання
Медицинний форум

Науковий журнал

7 (07) 2016

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.
Верстка-дизайн – Яковенко С.А.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

**Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.
Засновник журналу: «Львівська медична спільнота»**

Видавник: «Львівська медична спільнота»

79000, м. Львів, а/с 6153

www.medicinelviv.org.ua

E-mail: journal@medicinelviv.org.ua

Телефон: + 38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2016

© Автори наукових статей, 2016

© Оформлення Яковенко С.А., 2016

Сливка Н.О., Вірстюк Н.Г., Самсонок В.О. ЗНАЧЕННЯ ЦИСТАТИНУ С ЯК РАНЬОГО МАРКЕРА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ.....	168
Степанчук В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ В БЛИХ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ОТРУСННЯ СВИНЦЕМ.....	172
Сябрук К.С., Семеняк А.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ У ЖІНОК.....	175
Танцур Л.М., Пилипеч О.Ю., Третяков Д.В., Трембовецька О.В. МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ, ПІДХОДИ ДО РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ МІНІМАЛЬНОЇ МОЗКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ.....	177
Таралло В.Л. КОНСТРУКТИВНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЦИНСЬКОГО КОНТРОЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕСУРСА ЗДОРОВ'Я И ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....	182
Теміцька І.І., Семеняк А.В. НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РІЗНІ ТЕРМИНИ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВПЛИВУ СУПУТНОЇ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	187
Тихонова С.А., Пісковацька В.П., Демиденко М.В., Демиденко А.А. КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	190
Ткачук О.С., Копчак В.М., Копчак К.В., Хомяк І.В., Дувалко О.В., Ханенко В.В., Перерва Л.О., Андронік С.В. ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ У ХВОРИХ ІЗ ПУХЛИНАМИ ЛІВОГО АНАТОМІЧНОГО СЕГМЕНТУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛУЗИ.....	194
Фельдман Д.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЧЕЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНИХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА РАННИХ СТАДИЯХ.....	201
Філіпчук Н.Я., Приймак С.Г. ГЕНІТАЛЬНЕ ІНФІКУВАННЯ У ГЕНЕЗІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	203
Хандога Е.В., Кочін І.В., Івченко Є.П. ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ БІОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ЯК СКЛАДОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ.....	206
Потабашній В.А., Швець С.В., Маркова О.Я. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ «НАУКОВОГО ПОШУКУ» ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕМИ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ «СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ФАКТОРИ РИЗИКУ, ПРОФІЛАКТИКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	210
Шеремет М.І., Шідловський В.О., Сидорчук Л.П. ОЦІНКА МАРКЕРІВ ПРОЛІФЕРАЦІЇ ТА АПОПТОЗУ У ХВОРИХ НА АВТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ.....	213

КОНСТРУКТИВНЫЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕСУРСА ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

В статье представлена научная разработка для прогнозирования исходов и контроля эффективности медико-оздоровительных программ на территориях проживания населения. Разработка основывается на использовании в анализе проектов и действий параметров закона выживания популяций, закон сохранения здоровья населения и производных от них новых численных методов обработки традиционно получаемых в охране здоровья материалов.

Ключевые слова: здоровье населения, качество здравоохранения, закон выживания популяций.

У статті репрезентована наукова розробка для прогнозування наслідків і контролю ефективності медико-оздоровчих програм на територіях проживання населення. Розробка ґрунтується на використанні в аналізі проектів і дій параметрів закону виживання популяцій, закону збереження здоров'я населення та похідних від них чисельних методів обробки традиційно отримуваних в охороні здоров'я матеріалів.

Ключові слова: здоров'я населення, якість охорони здоров'я, закон виживання популяцій.

The article presents research to predict outcomes and monitor the effectiveness of medical health programs in the territories of residence of the population. The development is based on the analysis of projects and actions parameters of the law of survival of populations, the law of conservation of health of the population and derived new numerical methods treatment traditionally received health materials.

Key words: population health, quality of health care, law of survival of populations.

Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение здоровья и жизни человеку (населению). Исходя из этого, все вопросы нормативно-правового обеспечения здравоохранения должны базироваться на этом постулате.

В рамках его, целевыми задачами профессиональной деятельности врача выступают: 1) менеджмент здоровья в прикрепленной группе населения в целях увеличения общей продолжительности жизни ее членов, увеличения ее здоровой части. Он предусматривает повышение санитарной грамотности населения, привитие навыков здорового образа жизни, укрепление традиций здорового отношения к среде собственного обитания; 2) повышение качества жизни человека (населения), нацеленного на сохранения здоровья и увеличение продолжительности жизни, основанных на улучшении качества среды обитания (поддержке параметров внешней жизнестойкости человека); 3) высокую результативность проводимых целевых социально-медицинских мероприятий среди будущих родителей (повышение врожденной жизнеспособности и жизнестойкости населения); 4) оказание качественной превентивной, плановой и urgentной медицинской помощи. Все эти задачи нацелены на охрану, поддержку и развитие здоровья населения, сохранение его, продление жизни и повышение ее качества.

Приведенное выше определяет, что в теории и практике медицины, и соответственно, в ее информационно-методической базе должны доминировать средства контроля сохранения здоровья и жизни.

Издавна, более 300 лет тому назад, для определения средней продолжительности жизни были разработаны методики, основанные на использовании таблиц смертности (дожития). Эти методики достаточно развиты и их результаты активно используются не только в медицине, серьезное

значение им придается в оценке уровня социально-экономического развития отдельных территорий и стран. Отметим, что сегодня параметры смертности, как самые надежные в учете, заложены в основу ВОЗовской Политики достижения здоровья для всех [2], а также в «Декларацию Рио» (1992) для оценки устойчивости развития стран мирового общества. Ведущая роль была определена им впервые в Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 34/58 [3], провозгласившей здоровье населения исключительно единственным критерием экономического развития любых территорий (стран).

Такой подход, ориентирующий оценку здоровья населения и системы его охраны на интегральные конечные, а не частные промежуточные показатели требует существенной перестройки информационно-методической базы отрасли с детальной дешифровкой «зазеркалья» смертности и показателей средней продолжительности жизни.

Представленные в статье результаты исследований посвящены решению именно данной проблемы в самом широком плане.

В блоке теоретических исследований основное внимание уделялось определению взаимосвязей разноаспектных (биологических, медицинских, социальных, экологических, физических, математико-статистических и др.) знаний о здоровье населения с целью поиска системных подходов для его интегрального измерения [4].

Практическая часть исследований, была посвящена проверке этих подходов, методов и показателей. С этой целью использовались материалы Украины и всех ее областей более чем за 35 лет.

Как известно, в средней продолжительности жизни отражаются последствия согласованного взаимодействия уникальных «внутренних» характеристик формирования здоровья населения в конкретной среде (рождаемости, поло-возрастного состава, смертности, выживания) и уникальных

«внешних» (территориальных) условий их поддержки и сохранения. Однако длительное время соответствующие интегральные характеристики не удавалось найти, как и характер их взаимодействия, они были скрыты для исследователей.

Выяснив, что при использовании всех известных в мировой практике методов расчета таблиц смертности получаются неточные результаты, в ходе подготовки данных исследований был разработан новый метод, в котором впервые было исключено традиционное использование произвольно задаваемых в расчетах – при определении числа живущих в каждой возрастной группе, эмпирических коэффициентов, вследствие чего получаемые кривые выживания стали точно учитывать реальную кривизну линии выживания населения во всех возрастах [5].

Полученные на основе разработанного метода более точные поло-возрастные показатели смертности и дожития на полном цикле жизни (во всех возрастных группах) впервые создали условия для установления исковых интегральных показателей закона выживания популяций [9].

$$l(x) = \exp\left(-\frac{(x/x_0)^\alpha}{y(1-x/x_0)}\right),$$

где: $l(x)$ – функция дожития или число лиц, которые доживают до возраста x ; x_0 – предельный возраст жизни условного поколения (жизненный ресурс, ресурс здоровья); α – показатель внутренней жизнестойкости (и жизнеспособности) поколения новорожденных; y – показатель внешней жизнестойкости населения (с учетом качества среды проживания).

Информационно-содержательная значимость этой модели и ее показателей состоит в том, что в ней качество протекания процессов здоровья, которые интегрированы в характеристиках выживания населения (l_y), поставлено на всех возрастных этапах жизни в зависимость от единых параметров: врожденного ресурса здоровья поколений новорожденных или их «внутренней», заданной биологией вида и генетикой рода жизнеспособности и жизнестойкости – (α), а также от качества условий среды проживания для сохранения этого ресурса на протяжении всей жизни или, в системном анализе, от «внешней» жизнестойкости поколений – (y), при фиксированной предельной (биологически видовой) продолжительности жизни *homo sapiens* – (x_0).

Эти впервые найденные показатели представляют на популяционном и территориальном уровнях базовые интегральные измерители здоровья в конкретное время и в конкретной среде населения. Их определение обеспечивает возможность проведения точных расчетов средней продолжительности жизни, на которую может рассчитывать население или его отдельные группы в конкретных условиях существования на любой территории на любой произвольный момент (год).

Проверка и анализ модели, а также разработанных на ее основе новых и усовершенствованных методов популяционной диагностики, были проведены на материалах всех областей Украины, отдельно по Черновицкой области, а также по отдельным европейским странам (Германия, Дания, Норвегия, Румыния).

Результаты были следующими. Предельный возраст коренных жителей Северной Буковины (x_0) составил $119,5 \pm 0,43$ года. Это было проверено на множестве выборок (по годам, по зонам области, при различной структуре населения). Выяснено, что этот показатель практически не чувствителен к колебаниям средовых (территориальных) факторов, и именно факт незначительных относительных колебаний его значений ($\pm 1,23$ года – по области и $\pm 1,5$ года – по Украине) зафиксировал: данная величина жестко детерминирована биологией возраста. Учитывая это, а также статистические особенности ее измерения был получен вывод, что данная величина показателя пригодна для использования в расчетах на любых территориях Украины и многих европейских стран.

Проведенный углубленный анализ (по полу) двух других интегральных показателей – «внутренней» и «внешней» жизнестойкости поколений, позволил определить также прежде неизвестные (скрытые) уникальные, типовые и закономерные особенности поло-возрастного протекания процессов здоровья и выживания населения, колебаний его средней продолжительности жизни [8, 11]. В частности, было отмечено существенное отличие характеристик врожденной жизнеспособности отдельных поколений и половых групп в целом и по отдельным территориям, а также существенное отличие жизнестойкости взрослого населения в разных поло-возрастных группах, связанное с территориальными факторами. Одновременно была доказана связь этих значений с показателями общей и младенческой смертности, возрастными параметрами дожития, структурой населения и средней продолжительностью его жизни.

Например, повышение младенческой смертности однозначно и адекватно согласовывалось с уменьшением значений показателей врожденной жизнестойкости поколений, а уменьшение показателя «внешней» жизнестойкости сопровождалось адекватным повышением смертности населения в средних и старших возрастных группах (коэффициент корреляции 0,91). Данный факт показал близкую к функциональной чувствительность новых показателей к действительности. Он позволил обосновать важность использования новых показателей не только в системе текущего управления территориями и здравоохранением, но и в расчетах прогнозов эффективности и последствий планируемых и уже проводимых медико-социальных оздоровительных мероприятий и программ.

Для решения других важных разноплановых задач охраны и развития здоровья населения впервые было проведено точное измерение трех основных возрастных этапов в динамике процессов здоровья на полном жизненном цикле поколений: периода адаптации, периода стабильного (адаптированного) функционирования и периода дезадаптации на разных территориях [5].

Анализ этих возрастных промежутков показал, что их продолжительность имеет устойчивые общие и изменяющиеся уникальные территориальные и поло-возрастные характеристики в динамике процессов здоровья населения. При этом, в них одновременно отражаются характеристики адек-

ватности созданных на территориях проживания населения экономических систем и систем здравоохранения, как и проводимых ими мероприятий по охране здоровья населения.

Эти результаты позволили впервые на строго закономерной научной основе определить и обосновать стратегический вектор направленности управленческих программ и отдельных мероприятий как для системы здравоохранения, так и для социально-экономического развития территорий в целом. В частности, все они должны быть нацелены на сокращение I периода – периода адаптации поколений, и отдаление III периода – начала дезадаптации и ускоренного вымирания, т.е. они должны способствовать увеличению продолжительности II периода – периода адаптированного функционирования поколений. Для контроля реализации соответствующих программ дополнительно были разработаны новые подходы к оценке связи здоровья населения со средой проживания. Так, впервые в единицах здоровья населения (!!) были проведены измерение таких показателей как «напряженность образа жизни», «качество жизни», «качество среды проживания», «качество здравоохранения» прочих [11]. Измерение этих характеристик в единицах здоровья населения фактически объединило методологию, методику и информационную системы динамического контроля здоровья людей и территорий их проживания.

При этом, учитывая доминантную социальную составляющую во всех болезнях людей, была определена ролевая значимость и связь распространенности хронических болезней, ведущих к смерти, с течением многоаспектных процессов его выживания с учетом пола, возраста, а также особенностей территорий проживания населения. В связи с отсутствием надежных и точных соответствующих методов в мировой практике был разработан новый (комбинированный) метод табличного анализа заболеваемости и течения болезней, объединенный с разработанным нами же методом табличного анализа смертности [6]. Результаты многочисленных исследований с его использованием в конечном итоге позволили выйти на открытие закона сохранения здоровья людей [1].

Новые подходы создали конструктивную основу для достаточно углубленного прослеживания связи общих процессов выживания населения с последствиями распространенности хронических заболеваний на конкретных территориях, т.е., по сути, с действием в них конкретных социально-экономических факторов, эффективности первичной, вторичной и третичной профилактики. Одновременно они позволили определять ответственность тех или иных территориальных оздоровительных мероприятий на всех этапах жизни, а также позволили вычленять и наблюдать за динамикой кризисных моментов в распространенности ведущих хронических болезней.

Дополнительно, путем проведения модельных экспериментов, было показано реальную возможность практической оценки воздействия целевых медико- и социально-профилактических мероприятий на биосоциальные характеристики здоровья населения, в частности на предельный возраст

жизни поколений и среднюю продолжительность жизни населения. Так, было получено, что при условии постепенного устранения хронических болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований и хронических болезней легких (и, по сути, вызывающих их конкретных факторов образа жизни) из причин смерти с первых лет жизни предельный возраст жизни населения может быть увеличен со 119,5 лет (при средней продолжительности жизни в 92,0 года) до 126,5 лет и 95 лет, соответственно.

По тем же таблицами впервые стало возможным определение продолжительности «здоровой» и «болезненной» частей жизни для всех возрастно-половых групп населения, «коэффициентов здоровья» населения (по отношению к исследуемым хроническим болезням), а также многих других показателей (всего 37), при использовании традиционно регистрируемой информации. Отметим, что значительная часть этих показателей ориентирована на оценку эффективности тех или иных социальных мероприятий в местах проживания населения [14].

Наблюдение за динамикой показателей общей и специализированной (с учетом отдельных причин смерти) таблиц дожития впервые создало практическую возможность детальной текущей и стратегической оценки последствий действующих и планируемых целевых медико-социальных программ, возможность их своевременной коррекции. Причем не только отраслевых, но и межсекторальных, как на территориальном, так и на национальном уровнях. Одновременно те же данные (в системном анализе) создали условия для проведения оценки адекватности образа жизни людей к сохранности их здоровья во всех полово-возрастных группах на конкретных территориях [15].

В целях корректности оценок реального здоровья населения и его динамики, как и эффективности деятельности системы здравоохранения, были определены контрольные – «нормативные» и «эталонные», значения основных интегральных показателей закона – (α и γ) [12].

Для их использования в повседневной практике здравоохранения были составлены подробные (полные, с годовыми промежутками) соответствующие «нормативные» и «эталонные» таблицы смертности и дожития населения по полу. Их показатели можно использовать в качестве практических ориентиров как для определения направленной дальнейшей деятельности, так и для оценки эффективности и адекватности национальной и территориальных программ охраны здоровья населения и территорий их проживания.

Одновременно, путем использования контрольных показателей здоровья населения, впервые были определены показатели (критерии) «благожелательности» или жизнеспособности территорий с позиции сохранения его [13]. По их значению стало возможным на основе точных измерений выделять три качественно разные для сохранения здоровья и жизни людей социо-экологические территории: зону с высоким риском для сохранения здоровья, зону контроля (настороженности) и зону безопасную для их проживания (в медико-соци-

альном аспекте). То есть, данная разработка впервые создала условия и практическую возможность для согласованного измерения качества состояния среды мест проживания и собственно здоровья населения в единой системе и шкале измерений – в значениях интегральных показателей здоровья, что заложило общую основу для их единой и взаимосогласованной оценки и, соответственно, для согласованного управления ними.

Дополнительно, с целью расширения современных организационных и экономических возможностей в управлении территориями и их институтами, в частности здравоохранением, была разработана методика и проведены детальные расчеты условных потерь лет жизни исследуемыми группами населения (и, в том числе, в трудоспособном возрасте) с определением так называемых «полных» рисков их здоровью на всех территориях Украины. Полученные числовые значения этих рисков стали конструктивной основой для определения желательных объемов ресурсов и структуры фондов медицинского страхования, для распределения их на уровне территориальных систем охраны здоровья с целью достижения лучших (контрольных) показателей общественного здоровья [7]. Эти результаты показали как возможность, так и способ согласования в управленческих решениях реальных характеристик здоровья населения с имеющимися и потенциальными социально-экономическими возможностями его поддержки и улучшения на конкретных территориях. Тем самым они заложили конструктивную основу для формирования на любой территории организационно гибкой и ресурсоэкономной системы охраны здоровья людей.

Приведенные разработки и новые показатели были впервые использованы для обобщенного анализа динамики здоровья населения Украины за 40 лет (1976-2015 гг.). Не останавливаясь на множестве уникальных, впервые найденных и важных деталей изменения динамики здоровья населения, отметим наиболее интересные факты. Так, наблюдаемые за последние четверть века негативные колебания качества социальных условий жизни населения Украины, существенно снизили социо-экологические возможности среды или «внешней» жизнестойкости населения. Она снизилась в целом на 25,7%, в том числе для мужчин на 28,1%, для женщин – на 13,8%; по сути, реальные показатели «внешней» жизнестойкости стали неуклонно приближаться к пороговым негативным характеристикам ($\gamma < 4,084$).

На этом фоне небезразличность популяции к системе собственной безопасности («включила») ее внутренние адаптационные механизмы для выживания в этих условиях (главным образом, семейные). Это отразилось в росте показателей врожденной (внутренней) жизнестойкости поколений новорожденных – за последние десятилетия этот показатель постепенно вырос с 0,45 (в 1976 г.) до 0,61 в 2012 г., в том числе у мужского населения – с 0,48 до 0,69, у женщин – с 0,43 до 0,63. Такое существенное увеличение «внутренней» жизнестойкости поколений засвидетельствовало значительный внутренний запас устойчивости видовых характеристик здоровья популяции и, одновремен-

но, мощный диапазон ее внутренних возможностей в морфологической «подстройке» биологических объектов к средовым условиям.

В то же время, возникновение молодых морфофункциональных структур (по α), позволяющих населению адаптироваться к новым социо-экологическим условиям, не могло происходить без потерь. Следствием стало формирование рисков условий для их устойчивости к сложившемуся биоценозу и, в первую очередь, к факторам среды инфекционной патологии. Этот факт отразился в увеличении распространенности отдельных инфекционных заболеваний, биологическая жизнь возбудителей которых связана с поражением именно слабых (молодых) морфоструктур человека.

Такая ситуация требует проведения неотложной и гибкой «подстройки» к ней деятельности территориальных служб охраны здоровья. При этом, показанная в работе возможность измеримости этих явлений может служить основой для прогнозирования не только распространенности этих болезней, но и стратегических и тактических направлений перестройки деятельности социальных, экологических и медицинских служб с формированием соответствующих программ межсекторального сотрудничества при точных расчетах объемов и структуры коррекции системы охраны здоровья людей.

Найденные интегральные показатели здоровья впервые композиционно объединили между собой демографические характеристики состава населения с его биологическими, социо-экологическими, экономическими и сугубо медицинскими характеристиками. Они показали системную связь этих органически неотделимых характеристик здоровья. При этом, использование совокупности полученных результатов создало условия для проведения многоаспектного интегрального анализа и согласованного топологического контроля качества протекания одновременно четырех процессов: здоровья населения, состояния среды его проживания, качества деятельности территориальных медицинских служб и действенности других общесоциальных оздоровительных мероприятий и программ. То есть, результаты исследований могут быть использованы в качестве основы для формирования на любой территории страны единой и внутренне согласованной межсекторальной системы управления здоровьем населения и «здоровьем» территорий их проживания.

Представленные подходы и методы предполагают использование частично отличных от традиционных путей решения сегодняшних проблем и проблемных ситуаций. Однако по содержанию и общности информационной базы они полностью совместимы с ключевыми идеями управления в обществе и здравоохранении и их можно считать просто более совершенным способом анализа проблем и принятия решений в управлении здоровьем населения.

Представленная научно-теоретическая разработка позволила сформировать новое направление в оценке здоровья населения, состоянии социально-экономического развития территорий, а также в контроле качества деятельности отдельных служб и, в частности, территориальных систем здравоохранения.

Полученные на его основе результаты создали конструктивные условия для формирования на любых территориях прогнозируемой, в соответствии с планируемыми целями, наблюдаемой и измеряемой, по отношению к здоровью населения и системе его охраны, а также модифицируемой и ресурсоэкономной – по стратегическим характеристикам, системы управления здоровьем населения. Их внедрение позволяет перейти к социальному проектированию здоровья населения и закономерному обоснованию программ развития территорий с программами развития здоровья их жителей в любой стране [16].

Одновременно, результаты разработки зывают необходимость стремления территории проживания людей в область безопасного существования для сохранения их здоровья и путем ограничения и стимуляции человеческой деятельности в границах, обозначенных набором контрольных значений интегральных показателей – внешней и внутренней жизнестойкости [16].

Разработанные научные подходы проявляются на репрезентативных выборках, а разработанные на их основе методы реализованы в программном продукте, который уже сегодня может внедряться в практику.

Литература:

1. Горський П.В., Таралло В.Л. Закон збереження здоров'я населення / П.В. Горський, В.Л. Таралло // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 75-79.
2. Здоровье для всех к 2000 г. – глобальная стратегия : Серия «Здоровье для всех». Пер. с англ. – Женева: ВОЗ, 1981. – М.: Медицина, 1981. № 3. – 104 с.
3. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН. UNGA 34/58, 1979. С. 5.
4. Тимофеев Ю.О., Таралло В.Л., Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації / Ю.О. Тимофеев, В.Л. Таралло, // Хист. – Чернівці, 1993. – №1. – С. 16 – 19.
5. Таралло В.Л. Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В.Л. Таралло – Чернівці: ЧМІ, 1996. – 175 с.
6. Таралло В.Л., Горський П.В. Методика побудови таблиць захворюваності та перебігу хронічних хвороб для оцінки дієвості лікувальних і профілактичних заходів / В.Л. Таралло, П.В. Горський. Методичні рекомендації – Чернівці: ОУС, 1996. – 31 с.
7. Таралло В.Л. Системний аналіз знань щодо управління здоров'ям населення в регіонах його мешкання / В.Л. Таралло / Методичні рекомендації. – Чернівці: ОУС, 1996. – 48 с.
8. Таралло В.Л. Генографические параметры здоровья населения / В.Л. Таралло // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 1997. – № 2-3. – С. 8-14.
9. Таралло В.Л., Горський П.В., Тимофеев Ю.А. Закон выживания популяций. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000324, шифр 005, код 00015. – Москва, 4 июня 1998 год.
10. Таралло В.Л., Горський П.В. Метод построения таблиц смертности. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000323, шифр 00012, код 00015. – Москва, 4 июня 1998 год.
11. Tarallo V.L. Relatiile dintre modul de viat si n tatea populatieidin nordue Bucovinei / V.L. Tarallo // Glasul Bucovinei: cercetari socio-medical. Bucuresti, 1998. – An.V. – № 3(9). – С. 92-97.
12. Таралло В.Л., Горський П.В. Эталонная модель дожития. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000327, шифр 00014, код 00015. – Москва, 4 июня 1998 год.
13. Таралло В.Л., Горський П.В. Методология и технология антропоиндикационной оценки жизнеспособности регионов проживания популяции (социоэкосистемы популяции). Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000326, шифр 00013, код 00015. – Москва, 4 июня 1998 год.
14. Таралло В.Л. Популяційні характеристики динаміки здоров'я хворих на хронічні захворювання системи кровообігу в сільській місцевості / В.Л. Таралло, П.В. Горський, А.С. Бідучак, М.І. Грицюк // Україна. Здоров'я нації, 2010. – № 4(16). – С. 152-157.
15. Таралло В.Л. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль эффективности / В.Л. Таралло, П.В. Горський, И.Д. Шкробанец, М.И. Грицюк. – Черновцы: БГМУ, 2012. – 658 с.
16. Tarallo V.L. Classics of Population Health / Tarallo V.L. – Chernovtsy: BSMU, 2015. – 736 p.