

doctor, an ambulance doctor, for the purpose of making easier the forming of a differential diagnosis of nonprofile patients of the surgical and therapeutic profile with similar symptomatology.

**Key words:** intoxication syndrome, diarrhea, dysbacteriosis, dehydration, diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13, №1. – P.122-128

Надійшла до редакції 15.10.2008 року

УДК 616.12-008.331.1-084(-22)

*І.В.Навчук*

## ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ І ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** З метою прогнозування відібрано 501 сільський житель Чернівецької області, хворих артеріальною гіпертензією (АГ). Жінок було 314 (62,6 %), чоловіків – 187 (37,4 %). Виявлено, що 62,3 % осіб мають несприятливий

прогноз щодо виникнення ускладнень від АГ і потребують додаткового медичного обстеження та лікування.

**Ключові слова:** сільське населення, артеріальна гіпертензія, ускладнення, профілактика, прогнозування.

**Вступ.** Хвороби системи кровообігу (ХСК) є основною причиною смертності населення України непрацездатного віку. Питома вага їх становить 64 % серед причин смерті, а в структурі смертності населення працездатного віку ХСК посідають 2-е місце і становлять 28 %. АГ займає провідне місце серед згаданих хвороб і є основною причиною розвитку більшості з них, тобто служить, так званим, „пусковим механізмом” [3, 6]. Важливого значення набуває вивчення рівня профілактичної підготовки лікарів сільської ланки охорони здоров'я та профілактичної компетентності хворих на АГ сільських жителів [4, 5].

За останні десятиріччя в Україні показники смертності населення від ХСК зросли і вдвічі перевищили показники країн Західної Європи та США, а в працездатному віці майже в 4 рази [3].

Ризик виникнення ХСК, зокрема АГ, зростає в осіб, що мають спектр чинників ризику, насамперед шкідливі звички, чи перебувають у постійному стресі тощо. Більше того, у зв'язку з несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві захворюваність на АГ набуває загрозливого характеру, особливо в сільській місцевості.

Зрозуміло, якщо чинники ризику відіграють важливу роль у виникненні АГ, то знання профілактичних медичних технологій та їх вміле застосування лікарями має доленосне значення у запобіганні цим хворобам.

Більшість економічно розвинених країн світу досягли успіху загалом у справі охорони здоров'я тому, що свої проблеми вирішували на профілактичній основі, керуючись принципом: „Хвороби краще запобігти, аніж її лікувати”. На нашу думку та глибоке переконання, сьогодні успішно вирішити будь-яку проблему медицини можливо тільки в профілактичній площині [1, 2].

**Мета дослідження.** Виявити групи ризику виникнення ускладнень у хворих на АГ сільських жителів за допомогою системи прогнозування з метою покращання профілактики та зниження ризику виникнення ускладнень від АГ.

**Матеріал і методи.** Прогнозування ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію селян і виявлення груп ризику проводилося у п'яти типових сільськогосподарських районах Чернівецької області. Для прогнозування відібрано 501 сільський житель, хворий на АГ, досліджуваних районів. Жінок було 314 (62,6 %), чоловіків – 187 (37,4 %). Дослідження проводилося відповідно до системи прогнозування, розробленої на кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету. Карта прогнозування ускладнень від АГ і виявлення груп ризику містила 22 інформативні ознаки.

Індивідуальний ризик гострих ускладнень від АГ визначається за наявності у хворого ознак, перерахованих у робочій карті прогнозування (у графі „Назва інформативних ознак” відповідне підкреслити), шляхом знаходження та ділення на 100 алгебраїчної суми прогностичних коефіцієнтів (ПК). На основі розрахунків виділено три прогностичні групи: I – група сприятливого прогнозу:  $P \leq 35,9$ ; II – група сумнівного прогнозу:  $35,9 > P \leq 49,5$ , III – група несприятливого прогнозу:  $P > 49,6$ .

Розрахунок ризику гострих ускладнень від АГ та визначення групи ризику проводився за такою формулою:

$$P = \frac{\sum PK}{100}$$
, де P – ризик гострих ускладнень від АГ;  $\sum PK$  – сума прогностичних коефіцієнтів; 100 – перерахунковий коефіцієнт.

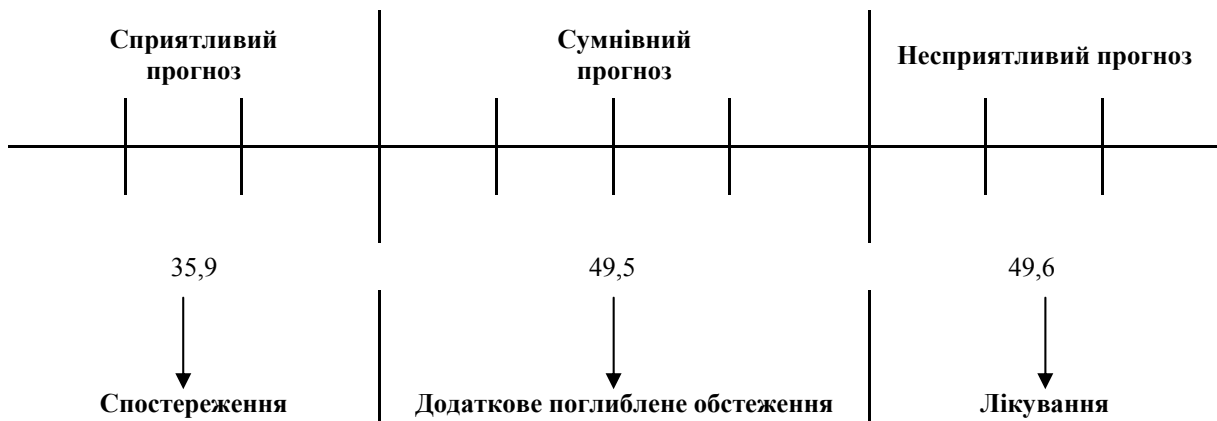


Рис. 1. Шкала порогового значення ризику гострих ускладнень від АГ та алгоритм дії лікарів

Керуючись цією методикою, лікар (дільничний терапевт, сімейний лікар тощо) повинен розрахувати ризик гострих ускладнень АГ пацієнта, визначити групу ризику та зробити відмітку в медичній карті амбулаторного хворого чи медичній карті стаціонарного хворого, а потім, відповідно до цього, скласти план лікувально-діагностичних і оздоровчих заходів з метою профілактики ускладнень від АГ.

**Приклад:** Хворий А, віком 54 роки, тракторист, праця з високим ступенем фізичного напруження; спокійний, образливий; харчується нерегулярно, зловживає спиртними напоями, курить; відпочинок проводить нерационально, побутові умови задовільні, АТ помірно підвищений. Скаржиться на періодичний головний біль у потиличній ділянці, нервові напруження наприкінці дня. Надає перевагу самолікуванню, на диспансерному спостереженні не перебуває.

Ризик гострих ускладнень від АГ розраховуємо за поданою вище формулою:  $P = (363 + 688 + 50 + 21 + 706 + 46 + 184 + 20 + 144 + 339 + 393 + 120 + 192 + 41 + 138 + 353 + 64 + 426 + 410 + 349 + 146 + 350 + 426) / 100 = 5969 / 100 = 59,69\%$ .

Отже, ризик гострих ускладнень від АГ у цього хворого вищий за середній, тому його слід включити до групи несприятливого прогнозу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За віком респондентів розподілено таким чином: до 20 років опитаних було 10,6 % чоловіків (чол.) – 4,6 %, жінок (жін.) – 6 %, у віці 20 – 39 років – 33,3 % (чол. – 11,6 %, жін. – 21,7 %), найбільше опитаних було у віці від 40 до 49 років – 35,5 % (чол. – 15 %, жін. – 20,5 %), 50-річних і старших було 20,5 % (чол. – 6,2 %, жін. – 14, %) відповідно. Аналізуючи отримані дані, можна впевнено сказати, що пацієнти у віці від 40 до 49 років мають найбільший ризик виникнення ускладнень від АГ.

Фізичною працею займалися половина (48,7 %) опитаних (чол. – 19,8 %, жін. – 28,9 %), що характерно для населення сільського регіону, а розумовою – 44,3 % (чол. – 15,2 %, жін. – 29,1 %), фізичну й розумову працю поєднувало 7 % опитаних (чол. – 2,4 %, жін. – 4,6 %). Низька фізична напруга під час виконання роботи була у 23,1 % (чол. – 8,4 %, жін. – 14,8 %), середня – 53,9 % (чол. – 18,2 %, жін. – 35,7 %), висока –

23 % (чол. – 10,8 %, жін. – 12,2 %). Отже, найбільший ризик виникнення ускладнень мають пацієнти, котрі виконують роботу з високою фізичною напругою. У нашому випадку це третина досліджуваних, котрі потребують насамперед соціально-медичних профілактичних заходів.

3-поміж пацієнтів низьку нервово-психічну напругу під час роботи мали 33 % (чол. – 15,4 %, жін. – 17,6 %), середню – 56,5 % (чол. – 18 %, жін. – 38,5 %), високу – 10,5 % (чол. – 4 %, жін. – 6,5 %) опитаних. Саме ці 10,5 % мають найбільший ризик виникнення ускладнень і потребують профілактичної уваги лікарів.

Взаємостосунки в сім'ї та колективі теж мають суттєве значення у виникненні ускладнень від АГ та формуванні груп ризику. Стриманими в сім'ї та колективі вважали себе – 40,9 % (чол. – 17,8 %, жін. – 23,1 %), конфліктними – 31 % (чол. – 13 %, жін. – 18 %), образливими – 3 % (чол. – 0,4 %, жін. – 2,6 %), пацієнтів, що мали прийнятну поведінку, 25 % (чол. – 6,2 %, жін. – 19 %). Висновок такий: 31 % пацієнтів мають конфліктний характер при спілкуванні й, на наш погляд, мають бути віднесені до групи з несприятливим прогнозом.

Режим харчування має велике значення в профілактиці ускладнень від АГ. Оптимальним є регулярне триразове харчування, в ті ж самі години. Регулярно харчувалися 64,5 % (чол. – 23,8 %, жін. – 40,7 %) опитаних, нерегулярно – 35,9 % (чол. – 13,6 %, жін. – 22 %). Очевидно, що уваги лікарів потребує група людей з нерегулярним режимом харчування.

За характером харчування респонденти розподілилися таким чином: у 21,7 % опитаних у раціоні переважали молочні продукти, у 36,7 % – продукти рослинного походження, у 37,5 % – м'ясні продукти, а 20 % пацієнтів додатково підсолюють їжу.

Згідно з результатами нашого дослідження, 50 % чоловіків надають перевагу м'ясним продуктам, 30 % – рослинній їжі, 15 % – молочним продуктам, а 5 % – додатково підсолюють їжу. Відповідно 30 % жінок вживають м'ясні продукти, 40 % – рослинні, 25 % – молочні, 5 % – додатково підсолюють їжу. Як відомо, надмірне вживання солі призводить до підвищення АТ, а переважання м'ясних продуктів у раціоні сприяє збільшенню вмісту холестерину в крові. Отже, групу ризику

становлять пацієнти, котрі додатково підсолюють їжу й надають перевагу м'ясним продуктам

Курців з-поміж опитаних було 43,1 % (ч. – 22,8 %, ж. – 20,3 %), таких, що не курять – 56,9 % (чол. – 14,6 %, жін. – 42,3 %). З-поміж усіх опитаних чоловіків-курців – 61 %, а з-поміж жінок – 32 %. При цьому спостерігався низький відсоток жінок-курців сільської місцевості, що є результатом традицій. Оскільки куріння, як відомо, призводить до підвищення АТ, то курці, хворі на АГ, є групою ризику виникнення ускладнень від неї.

Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, тобто, чим більше і частіше людина вживає алкоголь, тим більший ризик виникнення ускладнень від АГ. Відповідно до нашого дослідження, пацієнтів, котрі не вживали алкоголю зовсім, – 35,5 % (чол. – 10,6 %, жін. – 24,9 %), а вживають його 64,5 % (чол. – 26,8 %, жін. – 37,7 %), рідко вживали алкоголь 39,5 % опитаних (чол. – 13 %, жін. – 26 %), помірно вживали – 24,2 % (чол. – 24,2 %, жін. – 11,8 %), зловживали алкоголем – 1,5 % (чол. – 0,8 %, жін. – 0,7 %) опитаних, які і складають групу ризику. Отже, жінки менше вживають алкоголь порівняно з чоловіками, тому групу ризику виникнення ускладнень від АГ складають чоловіки сільської місцевості.

Розподіл респондентів відповідно до фізичної активності, за нашим дослідженням, має такий результат – 23,4 % (чол. – 9,6 %, жін. – 13,8 %) – займаються спортом, 29,8 % (чол. – 11,8 %, жін. – 18 %) – виконують ранкову гімнастику, 37,5 % (чол. – 13,4 %, жін. – 24,1 %) – здійснюють щоденні прогулянки, 9,4 % (чол. – 2,6 %, жін. – 6,8 %) – ведуть сидячий спосіб життя. Отож тут маємо низький відсоток населення, яке веде сидячий спосіб життя, що є характерним для сільської місцевості. Але саме ця категорія хворих потребує уваги з боку медичних працівників.

Регулярно відпочиває – 49,3 % (чол. – 17,8 %, жін. – 31,5 %), поєднує відпочинок з роботою – 68,3 % (чол. – 17,2 %, жін. – 1 %), майже не відпочиває – 12,4 % (ч. – 2,4 %, ж. – 10 %) опитаних. Висновок очевидний: до групи ризику слід зараховувати пацієнтів останньої підгрупи.

Задовільні побутові умови є у 88,6 % (чол. – 33,7 %, жін. – 55,3 %) опитаних, незадовільні – тільки в 11,4 % (чол. – 7,4 %, жін. – 4 %), що і є групою ризику виникнення ускладнень від АГ.

Спокійний сон мали 51,9 % (чол. – 20,6 %, жін. – 31,3 %) опитаних, у 45,3 % (чол. – 15,6 %, жін. – 29,7 %) – сон був нерегулярний і 2,8 % (чол. – 1,2 %, жін. – 1,6 %) – страждало на безсоння. На наш погляд, до групи ризику слід віднести респондентів, котрі мають нерегулярний сон і страждають на безсоння, а це близько 50 % опитаних. Варто зазначити, що порушення сну мають 50 % з усіх опитаних жінок і 45 % – чоловіків.

Розглянемо результати такої інформативної ознаки, як спадковість. Наявність АГ у батьків заперечило 56,1 % (чол. – 21,2 %, жін. – 35 %) опитаних, а 43,9 % (чол. – 16,2 %, жін. – 27,7 %) респондентів вказали на наявність АГ у батьків.

Результати нашого дослідження показали, що 50 % обстежених мали родичів, хворих на АГ. Отже, до групи ризику необхідно віднести пацієнтів з обтяженою спадковістю.

Супутні захворювання (цукровий діабет, аритмія, стенокардія тощо) у хворих на АГ призводять до підвищення ризику виникнення ускладнень. Згідно з результатами нашого дослідження, не мають супутніх захворювань 53,5 % (чол. – 20 %, жін. – 33,5 %), а 46,5 % вказали на наявність супутньої патології. Отже, їх необхідно віднести до групи ризику щодо розвитку ускладнень від АГ.

Значення показників артеріального тиску для розвитку ускладнень від АГ надзвичайно велике: чим вищий АТ, тим вищий ризик виникнення ускладнень. Нормальний АТ (<130/85 мм рт.ст.) був у 40,5 % (чол. – 17,8 %, жін. – 22,7 %) опитаних; знижений – у 17,8 % (чол. – 6,6 %, жін. – 11,2 %); підвищений АТ (130-139/85-89 мм рт.ст.) мали 39,5 % (чол. – 17,6 %, жін. – 26,9 %); різко підвищений АТ ( $\geq$ 180/110 мм рт.ст.) був у 2,2 % (чол. – 0,4 %, жін. – 1,8 %). Отже, групу ризику виникнення ускладнень від АГ становлять особи насамперед з різко підвищеними показниками АТ.

Наявність гіпертензивних кризів в анамнезі, котрі вже самі по собі є ускладненнями від АГ, теж є фактором ризику виникнення ускладнень від АГ. За даними нашого дослідження, гіпертензивних кризів не було в 65,7 % (чол. – 24,7 %, жін. – 41,1 %) опитаних, а в 34,6 % (чол. – 13,2 %, жін. – 21,5 %) – вони мали місце. Отже, вони і є групою ризику.

Виділяють три стадії гіпертонічної хвороби (ГХ). Відповідно ризик ускладнень від ГХ зростає пропорційно до стадії її розвитку. Осіб з I ст. ГХ було 44,8 % (чол. – 18,4 %, жін. – 25,7 %), з II ст. ГХ – 29 % (чол. – 11,8 %, жін. – 17,1 %), з III ст. ГХ – 24,7 % (чол. – 7 %, жін. – 17,8 %) відповідно. Отже, 25 % пацієнтів з III ст. ГХ та 30 % з II ст. ГХ є групою ризику щодо виникнення ускладнень від АГ.

Наявність головного болю і його характер є інформативною ознакою стосовно ризику виникнення ускладнень від АГ. Так, головного болю не було в 44,7 % (чол. – 17 %, жін. – 27,7 %) опитаних, а виникнення головного болю різного характеру підтвердило 55,3 % (чол. – 20,4 %, жін. – 34,9 %). Їх і потрібно віднести до групи ризику виникнення ускладнень від АГ.

Розподіл респондентів за масою тіла був таким: нормальна маса тіла у 63 % (чол. – 22,2 %, жін. – 40,9 %) осіб; надлишкова маса тіла – у 34,6 % (чол. – 14,6 %, жін. – 20 %); ожиріння – у 2,4 % (чол. – 0,6 %, жін. – 1,7 %) осіб.

Особливої уваги потребують пацієнти з ожирінням, оскільки вони мають найбільший ризик виникнення ускладнень, а також пацієнти з надлишковою масою тіла, бо, як відомо, кореляційний зв'язок між масою тіла і рівнем АТ – прямий, значний і стійкий.

Диспансерне спостереження відіграє важливу роль у профілактиці ускладнень від АГ. Розподіл респондентів за диспансерним спостереження подано в таблиці 1.

Таблиця 1

## Розподіл респондентів за диспансерним спостереженням

Диспансерне спостереження	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Регулярне	71	14,2	123	24,5	194	38,7
Нерегулярне	89	17,8	152	30,3	241	48,1
Відсутнє	27	5,4	39	7,8	66	13,2
Всього	187	37,4	314	62,6	501	100

Таблиця 2

## Розподіл респондентів за результатами прогнозу

Прогноз	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сприятливий	10	2	12	2,4	22	4,4
Сумнівний	76	15,7	91	18,1	167	33,3
Несприятливий	101	20,2	211	42,1	312	62,3
Всього	186	37,4	324	62,6	501	100

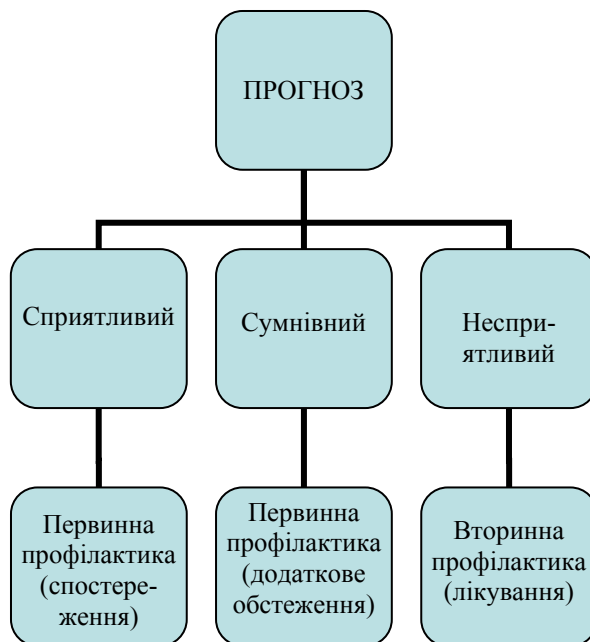


Рис. 2. Схема дій лікаря за результатами прогнозу

Як бачимо, 13,2 % респондентів не контролювані й не керовані медичними працівниками, а 48,1 % осіб тільки частково спостерігаються лікарем, тому їх необхідно зарахувати до групи ризику, адже загальновідомо, що диспансеризація є основою медичної профілактики.

Розподіл респондентів за результатами прогнозу подано в таблиці 2.

З таблиці 2 бачимо, що 62,3 % хворих на АГ мають несприятливий прогноз стосовно виникнення ускладнень і потребують повноцінного медичного забезпечення (лікування, обстеження тощо).

Відповідно до результатів прогнозування, група сприятливого прогнозу підлягає спостереженню (контроль АТ), група сумнівного прогно-

зу потребує додаткового обстеження та спостереження, а група несприятливого прогнозу потребує вторинної профілактики (лікування) з метою запобігання виникнення ускладнень від АГ. Схему дій лікаря, відповідно до результатів прогнозування, подано на рисунку 2.

Ця система прогнозування пройшла клінічні випробування й адаптована для застосування в практичній охороні здоров'я. Достовірність прогнозу становить 90 %, відгуки позитивні, про що свідчать акти впровадження.

Для кожної прогностичної групи розроблений перелік заходів як лікувально-профілактичного характеру, так і щодо корекції факторів ризику.

## Висновки

1. Визначення груп ризику виникнення ускладнень від артеріальної гіпертензії є доцільним, тому що такі дані є підставою (грунтом) для визначення тактики лікаря щодо конкретного пацієнта та основою розробки і впровадження профілактичних технологій артеріальної гіпертензії та її ускладнень.

2. Відповідно до результатів прогнозування виникнення ускладнень у хворих на артеріальної гіпертензії – 62,3 % населення є групою ризику і мають несприятливий прогноз щодо виникнення в них ускладнень від згаданої хвороби і потребують адекватного лікування.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження дадуть змогу своєчасно передбачити виникнення ускладнень у хворих на АГ, а також знизити смертність, інвалідність від АГ та її ускладнень.

## Література

1. Андрієвський І.Ю. Вплив системи медичної допомоги на захворюваність і смертність від

- хвороб системи кровообігу / І.Ю.Андрієвський // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 4. – С. 40-42.
2. Андрієвський І.Ю. Хвороби системи кровообігу як соціально-гігієнічна проблема сімейної лікарської дільниці на селі / І.Ю.Андрієвський // Становлення сімейної медицини в Україні: матер. Всеукр. науково-методичної конференції. – Тернопіль, 2006. – С. 5-8.
  3. Москаленко В.Ф. Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я / В.Ф.Москаленко, В.М.Пономаренко, Т.С.Грузева // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 5-10.
  4. Навчук І.В. Вивчення обізнаності сільських жителів щодо профілактичних технологій артеріальної гіпертензії / І.В.Навчук // Клін. та експерим. патол. – 2008. – Т. VII, № 2. – С. 65-70.
  5. Навчук І.В. Вивчення рівня знань із проблеми „медична профілактика” лікарів сільської ланки охорони здоров'я Чернівецької області з метою профілактики хвороб системи кровообігу / І.В.Навчук // Бук. мед. вісник. – 2008. – Т. 12, № 2. – С. 107-114.
  6. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України / А.М.Нагорна // Ж. Акад. мед. наук України. – 2003. – Т. 9, № 2. – С. 325-345.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСНОСТИ И ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА

*И.В.Навчук*

**Резюме.** С целью прогнозирования отобрано 501 сельский житель Черновицкой области, больных артериальной гипертензией (АГ). Женщин было 314 (62,6 %), мужчин – 187 (37,4 %). Обнаружено, что 62,3 % больных АГ имеют неблагоприятный прогноз соответственно возникновения осложнений от АГ и нуждаются в полноценном медицинском обследовании и лечении.

**Ключевые слова:** сельское население, артериальная гипертензия, осложнения, профилактика, прогнозирование.

## PREDICTION OF THE ONSET OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE COUNTRYSIDE AND FORMING RISK GROUPS

*I.V.Navchuk*

**Abstract.** With the purpose of predicting 501 rural inhabitants of the Chernivtsi region afflicted with arterial hypertension (AH) have been chosen. Women have made up 314 persons (62,6 %), whereas men – 187 (37,4 %). It has been disclosed that 62,3 % of the AH patients have an unfavourable prognosis according to the onset of complications from AH and are in need of an additional medical examination and treatment.

**Key words:** rural population, arterial hypertension, complications, prophylaxis, prognostication.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.С.Полянська

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13, №1.–P.128-132

Надійшла до редакції 5.02.2009 року

УДК 614.1:616.155.194:618.1

*С.І.Понцак*

## СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ТА КЛІНІЧНО-СТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ ГЕСТАЦІЙНИХ АНЕМІЙ ЯК ЧИННИКА РИЗИКУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Проаналізовано дані семантичної характеристики та оцінки стану репродуктивного здоров'я населення. Звернуто увагу на вагомі чинники ризику, які на нього впливають, а саме – незбалансоване харчування, порушення обміну мікроелементів заліза та формування гестаційних анемії. Визначено шляхи науко-

вого обґрунтування соціально-медичних профілактичних технологій.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, чинники ризику, незбалансоване харчування, залізодефіцитний стан, анемія, соціально-медична профілактика.

Репродуктивне здоров'я населення в багатьох країнах світу є одним із пріоритетних за-

вдань системи охорони здоров'я. За визначенням Міжнародної конференції з питань народонасе-