Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров`я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: «К**ординація та здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусним гепатитом В, С за 2014 -2023 роки на території Рівненської області»**

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГз-21
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Юхимчук Юлія Миколаївна

Керівник – кандидат медичних наук, доцент
Хоронжевська Інна Станіславівна

Рецензент –кандидат медичних наук
Харитонюк Раїса Олександрівна

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

Завідувач кафедри громадського здоров'я

та фізичного виховання _____ (професор, д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ___ » _____ 202_ р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ..... 4
ВСТУП 5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ (огляд літератури)..... 13
1.1. Вірусні гепатити А, В, С як глобальна проблема у світі 13
1.2. Проблема вірусних гепатитів А, В, С в Європейському Союзі 20
1.3. Проблема захворюваності на вірусні гепатити в Україні 23
Висновки до 1 розділу 25
РОЗДІЛ 2. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ А, В, С НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ..... 27
2.1. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С в Україні за 2014–2023 роки 27
2.2. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Львівській області за 2014–2023 роки..... 36
2.2. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Рівненській області за 2014–2023 роки..... 57
2.4. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Радивилівській ТГ та Бродівській ТГ за 2020–2023 роки..... 77
2.5. Аналіз показників летальності та смертності від вірусних гепатитів осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014-2023 роки..... 88
2.6. Аналіз показників летальності та смертності від вірусних гепатитів осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014–2023 роки..... 96
Висновки до 2 розділу 102
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ А, В, С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ..... 106

3.1. Втілення Глобальної стратегія сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту на 2022–2030 роки в Україні на національному та регіональному рівнях 106
3.2. Імплементація нових рекомендації ВООЗ щодо профілактики та діагностики вірусних гепатитів в Україні 111
3.3. Пропозиції щодо покращення проведення моніторингу та епіднагляду за вірусними гепатитами А, В, С на національному та регіональному рівнях 114
Висновки до 3 розділу 119
ВИСНОВКИ 120
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 124
ДОДАТКИ 136

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

ГА – гепатит А

ГВ – гепатит В

ГС – гепатит С

ВГВ (HBV) – вірус гепатиту В

ВГС (HCV) – вірус гепатиту С

ВГА (HAV) – вірус гепатиту А

HBV-DNA – ДНК вірусу гепатиту В

HCV-RNA – РНК вірусу гепатиту С

HBV-інфекція – інфекція, викликана вірусом гепатиту В

HCV-інфекції – інфекція, викликана вірусом гепатиту С

ПЛР (PCR)– полімеразна ланцюгова реакція

ЗТ-ПЛР (RT-PCR) –зворотня транскрипція ПЛР

ПЛР РЧ– ПЛР в реальному часі

ППДД (DAA) – противірусні препарати прямої дії

ЦГЗ – Центр громадського здоров’я

ЦСР – Цілі сталого розвитку (ЦСР)

ХГВ – хронічний гепатит В

ХГС – хронічний гепатит С

ВСТУП

Актуальність. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) про глобальний гепатит за 2024 рік, кількість втрачених життів через вірусний гепатит (ВГ) зростає. Хвороба є другою інфекційною хворобою у світі, що спричиняє 1,3 мільйона смертей на рік, після туберкульозу, що знаходиться на першому місці [1].

У звіті, опублікованому на Всесвітньому саміті з гепатиту, наголошується, що рівень охоплення тестуванням і лікуванням гепатитів знизився, незважаючи на зниження цін на медичні препарати для лікування та тестування цих захворювань [1].

Дані із 187 країн показують, що оціночна кількість смертей від ВГ зросла з 1,1 мільйона в 2019 р. до 1,3 мільйона в 2022 р. З них 83% були спричинені вірусним гепатитом В (ГВ), та 17 % — вірусним гепатитом С (ГС). Щодня близько 3500 людей помирають у всьому світі через інфекції ГВ і ГС [1].

На основі цього звіту видно складну ситуацію: незважаючи на глобальний прогрес у профілактиці ВГ, кількість смертей зростає і основна причина – низький рівень діагностики та лікування інфікованих людей.

Оновлені оцінки ВООЗ показують, що в 2022 р. 254 мільйони людей живуть з вірусним ГВ і 50 мільйонів з вірусним ГС. Половина тягаря хронічних інфекцій ГВ і ГС припадає на людей віком 30–54 роки, на дітей віком до 18 років – 12 %, чоловіки становлять 58% усіх випадків [2].

Серед нових випадків інфікування 1,2 мільйон нових інфекцій ГВ і майже 1 мільйон реєструється нових випадків ГС. Щодня у світі майже 6000 людей інфікуються ВГ.

Хоча, переглянувши нові оцінки захворюваності ВГ, ВООЗ зазначає, що спостерігається незначне зниження показників порівняно із 2019 р., проте загальна захворюваність на ВГ залишається високою: у 2022 р. було зареєстровано 2,2 мільйона нових випадків інфікування ВГ, порівняно з 2,5 мільйона в 2019 р. [1].

За оцінками ВООЗ в Європейському регіоні від причин, пов'язаних з ВГ, щорічно помирає близько 171 000 чоловік (приблизно 2% від всіх смертельних випадків), що відповідає більш ніж 400 смертей на день. Причиною приблизно 98 % цих смертей є наслідки від захворювань хронічними вірусними гепатитами В (ХГВ) та С ХГС), такі як цироз печінки та гепатоцелюлярна карцинома, інші випадки — спричинені гострими вірусними гепатитами. За наявними оцінками більше 15 мільонів чоловік в Європейському регіоні живуть із інфекцією викликаною вірусом ГВ, і більше 14 мільйонів — з хронічною інфекцією, викликаню ГС [3].

Для багатьох країн залишається складною ситуація з гострими інфекціями, визваними вірусним гепатитом А (ГА): щорічно реєструються десятки тисяч випадків захворювання і сотні випадків смертей, в більшості у вразливих вікових групах (люди похилого віку та діти до 1-го року) та виключно в країнах з низьким і середнім рівнем доходів [3].

Епідеміологія ГВ в Європейському регіоні характеризується різноманіттям, про що свідчить широкий розкид показників поширеності HBsAg – від дуже низьких (< 0,1 % в Північній Європі) до високих (>10% в Центральній Азії) [3].

Епідеміологічна ситуація по вірусному ГС в Європейському регіоні ВООЗ також характеризується значним різноманіттям: спостерігаються як дуже низькі показники поширеності (<0,5%) — в ряді країн Північно-Західної Європи, так і високі (>5%) в ряді країн Південної та Східної Європи та Центральної Азії [3].

В Україні за оцінками національних експертів близько 5% населення країни інфіковано вірусним ГС, з них ХГС мають — 3,6% та 1,5 % вірусний ГВ. Більшість хворих не знають свій статус та не отримують лікування. В абсолютних числах, відповідно до оціночних даних, в Україні інфіковано вірусним ГС 1 342 418 осіб, вірусним ГВ — 559 341 особа [4].

Від початку повномасштабного вторгнення росії на територію України ризик інфікування ВГ зростає в рази, так як вірус ГВ і ГС передається через кров. Травми, контакти з кров'ю з невідомим статусом, поранення, сексуальне насильство стали загрозою як для військових, так і цивільних. За офіційними

даними, під час війни спостерігається зростання кількості зареєстрованих випадків захворювань на хронічні вірусні гепатити серед цивільного населення та військовослужбовців [5].

Окрім цього, відповідно до наказу Міністерства оборони України № 490 від 18 серпня 2023 р. «Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» розширено список придатних до військової служби, відповідно до якого придатними до служби є військовозобов'язані, що мають захворювання на гепатит з незначним порушенням функцій [6].

Велика кількість людей хворих на ВГ через вимушене переміщення у зв'язку з бойовими діями мають обмежений доступ до медицини та лікування, яке необхідно отримувати безперервно. Значна поширеність ВГ, низький рівень діагностики та поінформованості населення і медичних працівників, розвиток ускладнень на сьогоднішній день створюють велике навантаження на систему громадського здоров'я України.

Вищенаведене зумовлює актуальність кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня магістра, так як аналіз, координація, епідеміологічний нагляд за захворюваністю вірусними гепатитами А, В, С та їх профілактика є надзвичайно важливими для подолання глобальної епідемії ГВ і ГС, попередження спалахів ГА та зниження навантаження на систему охорони здоров'я.

Мета роботи — провести дослідження щодо координації та здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусними гепатитами А, В, С за період 2014–2023 роки на території Рівненської та Львівської областей і надати відповідні рекомендації.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі **завдання:**

1. Провести огляд публікацій зарубіжних та вітчизняних джерел, щодо захворюваності на ВГ на глобальному, європейському, національному та регіональному рівнях.

2. Провести збір, систематизацію, аналіз та оцінку даних захворюваності на ВГ на національному рівні.

3. Провести збір, систематизацію, аналіз та оцінку даних захворюваності на ВГ на регіональному рівні (на прикладі Рівненської та Львівської областей).

4. Провести збір, систематизацію, аналіз та оцінку даних захворюваності на ВГ на місцевому рівні (на прикладі Радивилівської ТГ та Бродівської ТГ).

5. Проаналізувати дані смертності та летальності від ВГ осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС на національному та регіональному рівнях (на прикладі Рівненської та Львівської областей).

6. Проаналізувати дані смертності та летальності від ВГ осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, на національному та регіональному рівнях (на прикладі Рівненської та Львівської областей).

7. Напрацювати пропозиції та рекомендації щодо оптимізації діяльності лікарів на рівні первинної медико-санітарної допомоги та центрів контролю та профілактики хвороб, щодо методів координації, вдосконалення системи епідеміологічного нагляду, моніторингу захворювань на ВГ на основі отриманих результатів.

Об'єкт дослідження є захворюваність на вірусні гепатити А, В, С, смертність від цих хвороб.

Предметом дослідження є моніторинг захворюваності на вірусні гепатити А, В, С та смертність від цих хвороб в Рівненській і Львівській областях, методи координації, система епідеміологічного нагляду цих захворювань.

Методи дослідження. При написання кваліфікаційної роботи використовували бібліографічний метод для аналізу джерел (вивчення публікацій) та огляду наукової літератури, статистичний аналіз (опрацювання даних, отриманих у результаті епідеміологічного моніторингу, для виявлення тенденції у поширенні гепатитів), емпіричні методи (збір і аналіз даних щодо захворюваності в Україні, Рівненській та Львівській областях, Радивилівській ТГ та Бродівській ТГ з метою визначення особливостей епідемічної ситуації), порівняльний аналіз (оцінка відповідності національних підходів до боротьби з

вірусними гепатитами міжнародним рекомендаціям ВООЗ), моделювання (розробка концепції покращення координації епідеміологічного нагляду).

Для роботи були використані дані статистичної звітності:

1. галузева статистична звітність про роботу ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» - форма №40-здор.;

2. галузева статистична звітність про роботу ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» - форма №40-здор.;

3. статистична форма № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (місячна); форма № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (річна) ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ»);

4. статистична форма № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (місячна); форма № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (річна) ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ»).

5. статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики».

6. статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».

Наукова новизна. Кваліфікаційна робота базується на використанні новітніх підходів до моніторингу епідемічного процесу ВГ із акцентом на впровадження інноваційних інструментів аналізу. Також враховує специфічні епідеміологічні особливості Рівненської та Львівської областей.

Теоретична значимість полягає в обґрунтуванні ефективних підходів до моніторингу та аналізу епідеміологічної ситуації, що сприяє зниженню захворюваності та смертності від ВГ у регіональному і національному

масштабах. Робота надає нові знання про динаміку поширення вірусних гепатитів А, В і С у двох областях України, враховуючи специфіку їх соціально-економічного стану, рівня медичної допомоги та екологічних умов. Вивчення практики збору, обробки та аналізу епідеміологічних даних дає змогу оцінити якість існуючих систем моніторингу, їх відповідність міжнародним стандартам та потребу у вдосконаленні. Дослідження тенденцій захворюваності на ВГ за 10-річний період дає змогу простежити зміни в поширенні інфекції та вплив профілактичних заходів. Отримані результати можуть стати основою для розробки більш ефективних профілактичних програм, стратегій лікування та реабілітації пацієнтів.

Практична значимість. Робота пропонує рекомендації, що сприятимуть покращенню національної політики у сфері боротьби з ВГ. Формування базових принципів та алгоритмів координації епідеміологічного нагляду, які можуть бути застосовані в інших регіонах України та країнах з подібними умовами. Результати дослідження допомагають інтегрувати українські дані в глобальну систему моніторингу ВГ, що важливо для виконання цілей ВООЗ щодо елімінації цих захворювань до 2030 р.

Апробація роботи в ході підготовки кваліфікаційної роботи матеріали досліджень були висвітлені на науково-практичних конференціях у вигляді доповідей:

1. 25–26 вересня 2024 року, м. Тернопіль Тернопільський національний медичний університет імені І.Я Горбачевського, шостий науковий симпозіум з міжнародною участю «Громадське здоров’я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах надзвичайних ситуацій та перспективи розвитку» доповідь на тему: «Здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусними гепатитами В і С за період 2019–2023 роки на тетриторії Львівської області».

2. 24–26 жовтня 2024 року м. Київ, Державна установа « Інститут громадського здоров’я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання громадського здоров’я та екологічної безпеки України» доповідь на тему: «Здійснення

епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусними гепатитами А, В і С за період 2019–2023 роки нат етриторії Львівської області».

3. 19 березня 2025 р. м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, науково-практична конференція з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» доповідь на тему: «Захворюваність гепатитом А серед населення Рівненської та Львівської областей за перод 2015–2024 роки».

4. 12–16 травня 2025 р. м. Острог, наукова викладацько-студентська конференція, доповідь на тему: «Координація та здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусним гепатитом В, С 2014–2023 роки на території Рівненської області».

Матеріали досліджень були висвітлені на науково-практичних конференціях у вигляді тез:

1. 06–17 листопада 2023 XIX З'їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства опубліковано тези на тему: « Вірусні гепатити — одна із глобальних проблем, яку необхідно вирішити до 2030 року». С.51.

2. 25–26 вересня 2024 року, Тернопільський національний медичний університет імені І.Я Горбачевського, шостий науковий симпозіум з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі — виклики в умовах надзвичайних ситуацій та перспективи розвитку» опубліковано тези на тему: « Здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусними гепатитами В і С за період 2019–2023 роки на тетриторії Львівської області». С.12.

3. 24–26 жовтня 2024 року, Державна установа « Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», збірка тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю (випуск 24) «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» опубліковано тези на тему: «Здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за вірусними гепатитами А, В і С за період 2019–2023 роки на тетриторії Львівської області» С. 60–62.

4. 24–26 жовтня 2024 р. XX Конгрес Світової федерації українських лікарських товариств опубліковано тези на тему: «Моніторинг захворюваності гепатитами В і С в Рівненській області». С.43.

5. 19 березня 2025 р., Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, науково-практична конференція з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» опубліковано тези тему: «Захворюваність гепатитом А серед населення Рівненської та Львівської областей за перод 2015–2024 роки». С.271.

Публікація статей в фахових журналах:

1. Стаття на тему: « Стан захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Львівській області 2019–2023 роки», журнал *Public Health Journal.* 2024. № 2. С. 114–123.

2. Стаття на тему: «Monitoring of the viral hepatitis A among the population of Rivne and Lviv regions of Ukraine in 2-14 -2023», журнал *Public Health Journal.* 2025. № 1(7). С.17-25

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ (огляд літератури)

1.1. Вірусні гепатити А, В, С як глобальна проблема у світі

Захворюваність на ВГ є актуальною проблемою для громадського здоров'я та суспільства в цілому. Причиною є висока поширеність хвороби у всіх країнах світу, яка створює не лише серйозні виклики для охорони здоров'я, а й спричиняє соціально-економічний тягар у глобальному маштабі.

Гепати́т (від грец. ἧπαρ, «печінка») — загальна назва гострих та хронічних дифузних запальних захворювань печінки різної етіології [7]. Це велика група захворювань, які викликають віруси, що здатні розмножуватися безпосередньо в клітинах печінки з наступним порушенням її функції.

На сьогоднішній день найбільш вивчено 5 основних вірусів, що можуть викликати вірусний гепатит (A, B, C, D, E). Гепатити мають різні причини їх виникнення, шляхи інфікування, але клінічна картина в них схожа.

Відмінність мають дві групи ВГ: з фекально-оральним шляхом передачі — гепатит А, Е (ГА, ГЕ) та з парантеральним шляхом передачі-гепатити В, С, D (ГВ, ГС, Г D) та ін.

Вірусні гепатити — небезпечний фактор ризику для глобального здоров'я людства.

Тягар ВГ залежить від регіону. В Африканському регіоні, на який припадає 63% нових інфекцій ГВ, гепатитами інфіковано близько 1,0 % населення (11 млн), але, незважаючи на цей тягар, лише 18% новонароджених у регіоні отримують щеплення від ГВ при народженні. У регіоні західної частини Тихого океану інфіковано гепатитами майже 1,0% населення (14 млн) та на цей регіон припадає 47% смертей від ГВ, охоплення лікуванням серед діагностованих пацієнтів становить 23%, що є занадто низьким показником для зниження смертності. Великий відсоток інфікування також в регіонах Америки — 1,0%

населення (7 млн) та регіоні Південно-Східної Азії — 0,5% населення (10 млн) [8].

У 2016 р. близько 75% випадків HCV-інфекції припадали на країни з низьким і середнім рівнями доходу. Найбільша епідемія ГС була у Китаї (майже 10 млн людей, що живуть з HCV у 2015 р.), Пакистані (7,2 млн), Індії (6,2 млн) та Єгипті (5,6 млн). На ці країни припадало майже 40% від всіх людей, які живуть з ГС [8].

За 80% віремічної HCV-інфекції, у глобальному масштабі, «відповідали»: Китай, Пакистан, Індія, Єгипет, Російська Федерація, Сполучені Штати Америки, Нігерія, Бразилія, Демократична Республіка Конго, Україна, Бангладеш, Узбекистан, Індонезія, В'єтнам, Японія, Італія, Ефіопія, Філіппіни, Сирійська Арабська Республіка, Румунія, Мексика, Ангола, Казахстан, Туреччина, Таїланд, Колумбія, Гана, Алжир та Іспанія [8] .

На Бангладеш Китай, Ефіопію, Індію, Індонезію, Нігерію, Пакистан, Філіппіни, Російську Федерацію та В’єтнам разом припадає майже дві третини глобального тягаря ГВ і ГС. За висновками ВООЗ досягнення загального доступу до профілактики, діагностики та лікування у цих десяти країнах до 2025 р., поряд з посиленням зусиль в Африканському регіоні, є важливим для того, щоб глобальна реакція щодо профілактики ВГ повернулася на правильний шлях для задоволення Цілей сталого розвитку (ЦСР) [1].

Незважаючи на наявність доступних генеричних ліків від вірусного ГВ та ГС, багатьом країнам не вдається їх придбати за низькими цінами. Різниця в ціні зберігається як між регіонами ВООЗ, так і всередині них, багато країн сплачують вище глобальних контрольних показників, навіть за ліки, які не мають патенту, або якщо вони включені в добровільні ліцензійні угоди. Наприклад, тенофовір для лікування ГВ не запатентований і доступний за глобальною базовою ціною 2,4 долара США на місяць, і лише 7 із 26 країн, які повідомили про це, сплачували ціни на рівні або нижче базової ціни. Подібним чином, 12-тижневий курс пангенотипового софосбувіру/даклатасвіру для лікування ГС доступний за глобальною базовою ціною 60 доларів США, але лише 4 із 24 країн, що

повідомили про це, сплачували ціни на рівні або нижче контрольної ціни. Надання послуг залишається централізованим і вертикальним, а інфіковані пацієнти сплачують власні кошти за послуги з лікування ВГ. Лише 60% країн, які подають звіти, пропонують послуги з тестування на ВГ та лікування безкоштовно, повністю або частково, у державному секторі. Фінансовий захист нижчий в Африканському регіоні, де лише приблизно одна третина країн, що звітують, надає ці послуги безкоштовно [1].

Оскільки ВГ є широко поширеним захворюванням, дослідження цієї хвороби є надзвичайно важливим. Наприклад, американський лікар і науковець Барух Самуель Бламберг (Baruch Samuel Blumberg), який ідентифікував вірус ГВ, а пізніше розробив діагностичний тест і вакцину, в 1976 р. отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини спільно з Карлтоном Гайдушеком D. (Carleton Gajdusek) за відкриття нових механізмів походження та поширення інфекційних хвороб.

Filippo Ansaldi, Andrea Orsi, Laura Sticchi, Bianca Bruzzone, Giancarlo Icardi займаються дослідженням поширення вірусу ГС. Вони виявили, що вакцина проти гострого (ГГС) досі недоступна, незважаючи на численні дослідження та наукові досягнення. За останні роки було розроблено декілька вакцин-кандидатів проти ГГС. Через високу мінливість вірусу і його здатність до адаптації створення ефективної вакцини залишається складним завданням. Прогнози лікування є важливими інструментами, оскільки вони надають орієнтири для лікування пацієнтів із хронічною інфекцією вірусного гепатиту С (ХГС) [9].

Stanaway J. D., Flaxman A. D., Naghavi M. продемонстрували результати дослідження глобального тягаря захворювань ВГ в 2013 р. [10].

Wang Y., Shen B. окреслили традиційні підходи та сучасні технології для виявлення і запобігання інфікування вірусами, а також узагальнили останні досягнення у використанні методів біоінформатики в різних аспектах дослідження вірусів. Застосування штучного інтелекту (ШІ) забезпечує передові методи аналізу для виявлення ключових факторів вірусної інфекції та широко використовується у роботі вірусологів. Зокрема, вони зосереджують увагу на

використанні алгоритмів машинного навчання та глибокого аналізу для виділення ключових факторів і категорій зі складних багатовимірних даних, а також на створенні нових моделей прогнозування ризику інфікування чи розвитку захворювання [11].

Jonas M. M. займався розробкою нових терапевтичних підходів, спрямованих на використання вакцин для профілактики ВГ. Також у фокусі його роботи — виявлення інфікованих вірусом ГС дітей, що сприяє своєчасному діагностуванню та ефективному лікуванню цього захворювання в ранньому віці [12].

Захворюваність та характеристики стійких до ліків штамів вірусу ГС детально описані у праці Incidence and Characteristics of Naturally Occurring Drug-Resistant Hepatitis C Virus Strains. Goki Suda, Jun Ito, Kenichi Morikawa, Koji Ogawa та Naoya Sakamoto зазначили, що прогрес у вивченні вірусу ГС сприяв швидкому розвитку противірусних препаратів прямої дії (DAA), які ефективно націлюються на вірусні білки. Використання цих препаратів значно покращило результати лікування. Однак ефективність інгібіторів знижується через наявність резистентних варіантів вірусу. Вчені також виявили, що стійкі до DAA варіанти вірусу існують у певній кількості випадків. Вони підкреслили необхідність обережності при використанні DAA і зазначили, що це створює основу для подальших досліджень у цій сфері [13].

Hepatitis C Virus Treatment — це посібник де вичерпно описано дослідження ВГ японських науковців. Yoshiyasu Karino, Tetsuo Takehara, Fukiko Mitsui, C. Nelson Hayes, Fumitaka Suzuki, Kazuaki Chayama, Satoshi Mochida та інші знайомлять читачів з новітніми досягненнями в лікуванні хронічної інфекції вірусу ГС. Основна увага приділяється препаратам прямої дії (ППД), які нещодавно були розроблені для терапії цього захворювання і мають високий противірусний ефект на розмноження вірусу. Ці препарати були розроблені для посилення ефекту інтерферону та рибавірину. Вчені також детально описують профілі резистентності до цих препаратів і розглядають труднощі, з якими стикається терапія ППД. Окрім цього, автори пропонують напрямок майбутніх

методів лікування, що можуть допомогти лікарям краще зрозуміти основи терапії ГС. Книга включає нові та інноваційні методи лікування, а також надає актуальну інформацію про ефективність різних препаратів, їх резистентні властивості. Це джерело є надзвичайно корисним не лише для гепатологів, але й для дослідників, клінічних ординаторів та студентів медичних факультетів [14].

Книга Hepatitis B Virus in Human Diseases за редакцією Yun-Fan Liaw, Fabien Zoulim важливий ресурс для дослідників, які цікавляться ГВ. У ній аналізуються нові дані про фундаментальну та прикладну науку, зокрема, життєвий цикл вірусу, імунопатогенез індукованого вірусом хронічного гепатиту, механізм індукованого вірусом раку печінки та їх потенційне застосування для клінічного лікування пацієнтів. Окрему увагу приділено клінічним аспектам хронічної вірусної інфекції, глобальній епідеміології, історії хвороби, супутнім інфекціям та лікуванню специфічних категорій пацієнтів. Акцентується на питаннях управління противірусною терапією та нещодавнім міжнародним рекомендаціям для лікування ГВ. Вчені також розглядають сучасні підходи до імунопрофілактики з метою запобігання поширенню вірусу та його основним клінічним наслідкам. Обговорюються нові досягнення та перспективи розробки вдосконалених противірусних методів лікування [15].

Fleur Chapus, Maria Guadalupe Martinez, Barbara Testoni, Fabien Zoulim, C. Nelson Hayes, Kazuaki Chayama, Geoffrey Dusheiko, Conan Chua, Loghman Salimzadeh, Adam J. Gehring та інші дослідники у працях представили всебічний сучасний огляд інфекції вірусного ГВ0 і захворювань печінки. Вони представили нові дані в галузі базової та трансляційної медицини, зокрема, життєвий цикл вірусу, імунопатогенез індукованого вірусом хронічного гепатиту, генетичні фактори вірусу і носія, які впливають на прогресування захворювання, а також механізм гепатоканцерогенезу, індукованого вірусом. Розглядаються і їх можливі застосування в клінічній практиці. Клінічні аспекти хронічної інфекції вірусного ГВ (ВГВ) обговорюються в розділах про глобальну епідеміологію, ефективність вакцинації проти вірусного ГВ, природний перебіг хвороби, супутні інфекції ВГС, ВГВ або ВІЛ, а також веденню певних груп населення,

включаючи дітей, вагітних жінок і пацієнтів, які проходять імуносупресивну терапію. Додатково науковці описують досягнення та перспективи розробки нових противірусних методів лікування як потенційних ліків від інфекції ВГВ [15].

Хелемендик А. Б., Рябоконь О. В., Рябоконь Ю. Ю. у статті зазначили, що хронічний гепатит В (ХГВ) залишається актуальною проблемою сучасної інфектології. В світі близько 400 млн хворих на ХГВ, серед яких через 5 років формується цироз печінки у 2–20 % пацієнтів, а кумулятивний ризик розвитку гепатоцелюлярної карциноми складає 2–5 %. Тому головною метою лікування є зниження рівня HBV-DNA в крові нижче за рівень визначення, що дозволяє досягти поліпшення тривалості та якості життя пацієнтів завдяки попередженню розвитку цирозу печінки та його ускладнень. Зважаючи на це глобальна стратегія ВООЗ націлена на елімінацію ВГ як загрози для громадського здоров'я [17].

Криничко Л. Р. вивчила питання демографічної ситуації в Україні порівняно з провідними регіонами ВООЗ. Охарактеризувала стан здоров'я населення світу за регіонами, а саме: в Африканському регіоні, в регіонах країн Америки, в регіоні Південно-Східної Азії, в Європейському регіоні, в регіоні Східного Середземномор'я, в регіоні Західної частини Тихого океану. Особливу увагу приділила оцінці вірусної захворюваності, а саме поширеності поверхневого антигена гепатиту В (HBsAg) серед дітей віком до 5 років у регіонах ВООЗ [13].

Трихліб В. І., Грушкевич В. В., Сморгунова В. Ф. вивчали поширеність парантеральних гепатитів серед військовослужбовців багатьох армій світу. Зазначили, що захворюваність на HBV-інфекцію вище в арміях, де немає жодної вакцинації [18].

Гепатит А (ГА) зустрічається спорадично та у вигляді спалахів і епідемій у всьому світі з тенденцією до циклічних рецидивів. Наприклад, епідемія в Шанхаї в 1988 р., яка вразила близько 300 000 людей. Спалахи також можуть бути тривалими, впливаючи на громади місяцями через передачу від людини до людини. Віруси ГА зберігаються в навколишньому середовищі та можуть протистояти процесам виробництва харчових продуктів, які зазвичай

використовуються для інактивації або боротьби з бактеріальними збудниками [19].

ГС — це серйозна інфекційна хвороба, що вражає печінку і може призводити до хронічних захворювань, таких як цироз або рак печінки. Вірус гепатиту С (HCV) вперше був виявлений у 1989 році. Та лише у 2020 р. американські вчені Харві Дж. Альтер, Майкл Хоутон та Чарльз М. Райс (Harvey J. Alter, Michael Houghton and Charles M. Rice) отримали Нобелівську премію з фізіології та медицини за «відкриття вірусу гепатиту С» [20].

Дійсно, існують важливі відмінності між вірусами ГВ та ГС, і одна з основних полягає в місці реплікації цих вірусів. Вірус ГВ (HBV) реплікується в ядрі інфікованих клітин, що ускладнює його лікування, тоді як вірус ГС (HCV) реплікується в цитоплазмі. Це важливе відкриття, оскільки воно стало основою для розвитку нових терапевтичних стратегій, зокрема застосування противірусних препаратів прямої дії (ППД). За даними ВООЗ, застосування ППД дозволяє вилікувати до 95% пацієнтів з ХГС. Це надзвичайно важлива інформація, оскільки ще кілька десятиліть тому ХГС вважався невиліковним захворюванням, яке часто призводило до серйозних ускладнень, таких як цироз печінки або рак [21].

Експерти ВООЗ вважають, що у 2015 р. у світі було діагностовано лише 20% випадків ГС [22].

ГВ — це інфекційне захворювання, викликане вірусом ГВ (HBV), яке вражає печінку. Хоча сам вірус був виявлений пізніше, ГВ як самостійне захворювання був офіційно визнаний в 1938 р., коли з’явилися перші чіткі відомості про його симптоми та особливості перебігу. Проте лише в 1960-х роках стало можливим ідентифікувати вірус завдяки розвитку технологій та методів діагностики, зокрема за допомогою серологічних тестів [23].

Вакцинація проти ГВ — це найбільш ефективний спосіб боротьби із захворюваннями та зниження рівня смертності від цієї хвороби. Відмова від вакцинації є серйозною помилкою, оскільки своєчасна вакцинація забезпечує захист дитини від небезпечних інфекцій. Крім того, якщо охоплення

вакцинацією досягає 95%, це може повністю викорінити захворювання, зробивши його явищем минулого [24].

Щороку понад 50 млн людей інфікуються HBV, а близько 2 млн помирають від ускладнень, пов'язаних із захворюваннями печінки, спричиненими цією інфекцією. Епідеміологічні дані свідчать, що кожна третя людина у світі має серологічні ознаки активної або перенесеної інфекції. Приблизно 400 млн людей страждають на хронічний гепатит В (ХГВ), і через 5 років після його діагностики цироз печінки розвивається у 2–20% пацієнтів. У хворих із цирозом щорічний ризик виникнення HBV-асоційованої гепатоцелюлярної карциноми становить 2–5%. [25].

1.2. Проблема вірусних гепатитів А, В, С в Європейському Союзі

ГА — гостра інфекційна хвороба, яка спричиняє запалення печінки та має фекально-оральний механізм передачі. Хвороба пов'язана із вживанням неякісної питної води чи їжі, поганими санітарними умовами проживання та перебування, недотриманням особистої гігієни та орально-анальним сексом. ГА не викликає хронічного захворювання печінки, але може викликати виснажливі симптоми та гостру печінкову недостатність. За оцінками ВООЗ у 2016 р. у всьому світі від ГА померло 7134 людини (що становить 0,5% смертей від усіх видів вірусних гепатитів) [26].

Альберт Бош та Роза Пінто (Albert Bosch , Rosa M Pintó) одині із провідних фахівців, котрі активно досліджують вірусні гепатити, зокрема питання їх епідеміології. Проаналізувавши епідеміологічні спостереження за ГА в країнах Східної Європи, виявили еволюцію епідемічного процесу, зміни циклічності, сезонності, вікової структури, ураженості різних соціальних груп. Також було враховано, що при нашаруванні на хронічні гепатити В і С клінічна картина при захворюванні вірусним ГА змінюється [27].

Однією з науково-дослідних установ, що активно моніторить спалахи вірусних гепатитів є німецький дослідницький центр Інститут Роберта Коха

(Robert-Koch-Institut, RKI). Вчені ведуть постійний моніторинг спалахів гепатитів у Німеччині та інших європейських країнах, проводяться дослідження шляхів передачі гепатитів А та Е (ГА та ГЕ), які можуть поширюватися через воду, їжу або недотримання гігієни. Тут аналізуються зразки для підтвердження діагнозу та визначення вірусних штамів, вивчаються генетичні особливості вірусів ГА та ГЕ для покращення діагностики та розробки ефективних вакцин.

RKI створює рекомендації для населення та медичних працівників щодо профілактики гепатитів, проводить просвітницькі кампанії. Науковці регулярно публікують звіти, статті та рекомендації щодо ВГ, вивчають довгострокові наслідки перенесених захворювань і заходи з реабілітації пацієнтів. Відповідно до річного звіту з епідеміології інфекційних хвороб — 2021, у 2020 р. серед інфекцій, що передаються статевим шляхом та кров'ю, спостерігалося зменшення кількості випадків сифілісу та ГВ, тоді як кількість випадків інших інфекцій, таких як ВІЛ-інфекція, залишалася більш-менш однаковою [28].

Згідно з дослідженнями Зайцева І., Новака І., Зайцевої О. та Кирієнка В., ГВ залишається глобальною проблемою охорони здоров'я, відзначаючись високим рівнем захворюваності та смертності. Під час реплікації вірусу накопичується безліч мутацій, що призводять до виникнення різних генотипів і субгенотипів HBV в процесі еволюції. Відзначають наявність 10 генотипів HBV (A-J), кожен з яких має своє географічне розповсюдження, з вираженим переважанням тих чи інших генотипів у різних регіонах. В Україні, як і в інших європейських країнах, відзначається переважання генотипів А і D. Багато досліджень вказують на те, що генотип HBV впливає на природний перебіг захворювання, шанси хронізації, ймовірність сероконверсії HBeAg та відповідь на терапію пегільованим інтерфероном альфа [29].

ГА найбільш поширений у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де люди проживають в поганих санітарних умовах та не дотримуються елементарних заходів гігієни. У країнах з високим рівнем доходу та з хорошими санітарно-гігієнічними умовами рівень інфікування низький. Хоча спалахи ГА реєструвалися також в ряді країн із високим рівнем доходу. Захворюваність

виникає серед дорослих та підлітків з груп високого ризику — що споживають ін’єкційні наркотики, в чоловіків, що займаються сексом із чоловіками, у людей, що подорожують в країни з високою ендемічністю (без щеплення), а також в осіб, що проживають у закритих релігійних групах. У країнах і регіонах із середнім рівнем доходу, де санітарні умови відрізняються, діти часто уникають інфекції в ранньому дитинстві і досягають дорослого віку без імунітету [30].

У більшості випадків захворювання ГА протікає безсимптомно, особливо у дітей та у людей молодого віку. Інкубаційний період триває від двох до шести тижнів. У неускладнених випадках симптоми захворювання з’являються та тривають протягом 1–4 тижнів. У перші 3 дні хвороби спостерігається нетривала гарячка, слабкість, зниження апетиту, жовтяниця. Якщо випадок важкий, то може бути блювання, біль у животі. Гостра печінкова недостатність виникає рідко серед людей з супутніми хронічними хворобами [30].

Тяжкість захворювання та летальні наслідки вищі у старших вікових групах. Інфіковані діти віком до 6 років зазвичай не відчувають помітних симптомів, і лише у 10% розвивається жовтяниця. Іноді ГА рецидивує, тобто людина, яка щойно одужала, знову захворює з іншим гострим епізодом. Зазвичай після цього настає одужання [30].

Випадки ГА клінічно не відрізняються від інших типів гострого вірусного гепатиту. Діагноз ставиться шляхом виявлення в крові антитіл до HAV-специфічного імуноглобуліну класу M (IgM). Додаткові тести включають полімеразну ланцюгову реакцію зі зворотною транскрипцією в реальному часі (RT-PCR) для виявлення РНК вірусу ГА та можуть потребувати спеціалізованих лабораторних установ [30].

Специфічного лікування від ГА не існує. Важливо уникати ліків, які можуть вплинути на печінку. Лікування спрямоване на підтримку харчового та водного балансів організму. За відсутності гострої печінкової недостатності госпіталізація не потрібна.

Поліпшення санітарії, харчової безпеки та імунізація є найефективнішими способами боротьби з ГА. Кілька ін'єкційних інактивованих вакцин проти ГА

доступні в усьому світі. Усі вони забезпечують подібний захист від вірусу та мають однакові побічні ефекти. Жодна вакцина не ліцензована для дітей віком до 1 року. У Китаї також доступна жива ослаблена вакцина [30].

1.3. Проблема захворюваності на вірусні гепатити в Україні

Зайцев І. А. описав ризики вертикального інфікування ГВ і ГС в Україні. Виявлення інфікованих жінок на етапі планування сім'ї є найкращим способом профілактики інфекції у новонароджених, у зв'язку з чим воно повинне виконуватися належним чином відповідно до встановлених норм [31].

У своїй книзі «Гепатит: профілактика, лікування, реабілітація» Скачко Б. Г. детально розкрив сучасні наукові підходи до профілактики, поетапного лікування гепатиту різного походження (вірусного, токсичного, бактеріального тощо) та реабілітації після перенесеної хвороби [32].

Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Ніколайчук М. А., Шевелева О. В., Чикаренко З. О., Андрєєва І. А, Ткаченко В. Д. дослідили можливість реєстру хворих на хронічні ВГ в Дніпропетровському регіоні як спостережної програми та інструменту моніторингу і менеджменту за пацієнтами [33].

Зайцев І., Мірошніченко В. висвітили актуальність скринінгу в нерозривному зв'язку з позицією про необхідність елімінації HCV-інфекції до 2030 р. в Європі і США. Навели визначення скринінгу і критерії, які роблять його проведення доцільним. Обговорили показання до скринінгу, наведені в Національному керівництві, і необхідність їх уточнення відповідно до епідеміологічної ситуації в Україні [34].

Трихліб В. І., Грушкевич В. В., Савицький В. Л., Боклан Ю. О., Тесленко І. В., Вишняхов А. М., Третьяков В. В., Даниленко Ю. І. дослідили питання захворюваності військовослужбовців на ВГ при надзвичайних ситуаціях як природного характеру, так і під час війн, миротворчих місій. Проаналізували

епідеміологічні, клініко-лабораторні особливості у хворих військовослужбовців на гострі ВГ [35].

Сорокман Т., Молдован П. та Макарова О. вивчали гепатити, зумовлені вірусними інфекціями, що об'єднуються терміном «TORCH-інфекції» (Т — токсоплазма, О — інші, R — краснуха, С — цитомегаловірус, Н — вірус простого герпесу). У дітей раннього віку TORCH-індуковані ураження є домінуючими в структурі ВГ, найбільшу частку становлять гепатити цитомегаловірусної етіології [36].

Сергеєва Т. А., Задорожна В. І., Бугаєнко Н. С. зазначили, що ГВ залишається серйозною глобальною медико-соціальною проблемою. Пандемія COVID-19 та воєнний стан в Україні знівелювали позитивні кроки у виконанні Глобальної стратегії ВООЗ щодо боротьби з ВГ через низький рівень скринінгу, діагностики, початку лікування пацієнтів тощо [37].

Олашин І. В. вивчала пріорітетні проблеми в практиці охорони здоров'я — захворюваність на внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ). Одним із поширених збудників ВЛІ є HBV. Зазначено основні шляхи передачі та причини поширеності даного збудника [38].

Хоронжевська І. С., Гущук І. В., Сафонов Р. В. проаналізували структуру молекулярно-генетичних досліджень та вивчили особливості застосування методу ПЛР в системі епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами за період 2007–2022 роки у Рівненській області [39].

Сковронська І. Г., Толокова Т. І., Коса Т. В. проаналізували поширеність ГС серед медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів різного профілю та запропонували етапи безпечних технологій виконання інвазивних процедур, щоб убезпечити медичний персонал при виконанні своїх посадових обов'язків. Було підтверджено, що ефективної специфічної профілактики ГС не існує, тому захист працівників медичних закладів залежить від ретельного дотримання неспецифічних заходів профілактики та відповідального ставлення до роботи [40].

Медведовська Н. В., Бацюра Г. В., Касьяненко І. І., Крижня О. В., Титаренко С. Ю. вивчали питання структури захворюваності на ВГ серед дитячого населення в Україні з урахуванням регіональних особливостей та розглядали проблеми налагодження ефективної профілактики поширення парентеральних вірусних ГВ та ГС серед дітей та підлітків на прикладі Кіровоградської області [41].

Хоронжевська І.С., Юхимчук Ю.М. проаналізували стан захворюваності на вірусні гепатити А, В, С у Львівській області за 2019–2023 роки та визначили ризики та тенденції захворюваності під час російської військової агресії [42].

Єфімова І. В. досліджувала питання раннього виявлення хворих на гепатит та необхідності проведення скринінгових обстежень різних контингентів населення шляхом проведення клінічного та біохімічного аналізу крові [43].

Чемич М. Д., Лішневська А. Г. проводили аналіз даних з літературних джерел про клініко-епідеміологічні особливості ХГС, принципи діагностики та сучасного лікування захворювання та взаємозв’язок із автоімунними порушеннями [44].

Таран О. І. досліджував питання поширеності вірусного ГС у хворих із хронічною хворобою нирок та зазначив, що інфікованість HCV збільшує ризик розвитку хронічної хвороби нирок та сприяє її прогресуванню [45].

Рябоконь О., Калашник К., Царьова О., Іпатова Д., Рябоконь Ю. вивчали питання принципів проведення противірусної терапії з прямим механізмом дії та розробці безінтерферонових режимів лікування для лікування хворих на ХГС інфікованих 3-м генотипом HCV [46].

Висновки до 1 розділу

Широка географія проживання науковців свідчить про те, що проблема вірусних гепатитів залишається актуальною в усьому світі — від Європи до Азії та Африки. У цьому розділі представлена лише невелика частина дослідників, які присвячують свою роботу вивченню вірусних гепатитів А, В і С. Проблема

має багатогранний характер і є надзвичайно важливою, оскільки суттєво впливає на здоров’я та якість життя людей.

Попри значний прогрес у лікуванні, захворювання досі поширене серед значної кількості населення, особливо серед молоді працездатного віку. Це не лише ускладнює життя багатьох людей, але й створює негативний вплив на економіку країн.

РОЗДІЛ 2
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ А, В, С НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С в Україні за 2014–2023 роки

ГА залишається актуальною проблемою громадського здоров'я в Україні. Епідемічна ситуація з ГА сьогодні ускладнюється через повномасштабну російську агресію проти нашої держави, яка розпочалась 24 лютого 2022 р. Зруйновані лікарні, тисячі непохованих тіл, пошкоджені водопроводи та каналізаційні мережі, що забруднюють довкілля, відсутність чистої питної води та електроенергії, велика кількість внутрішньо-переміщених осіб, які потрапляють в складні умови проживання, підвищують ризик поширення ГА [47].

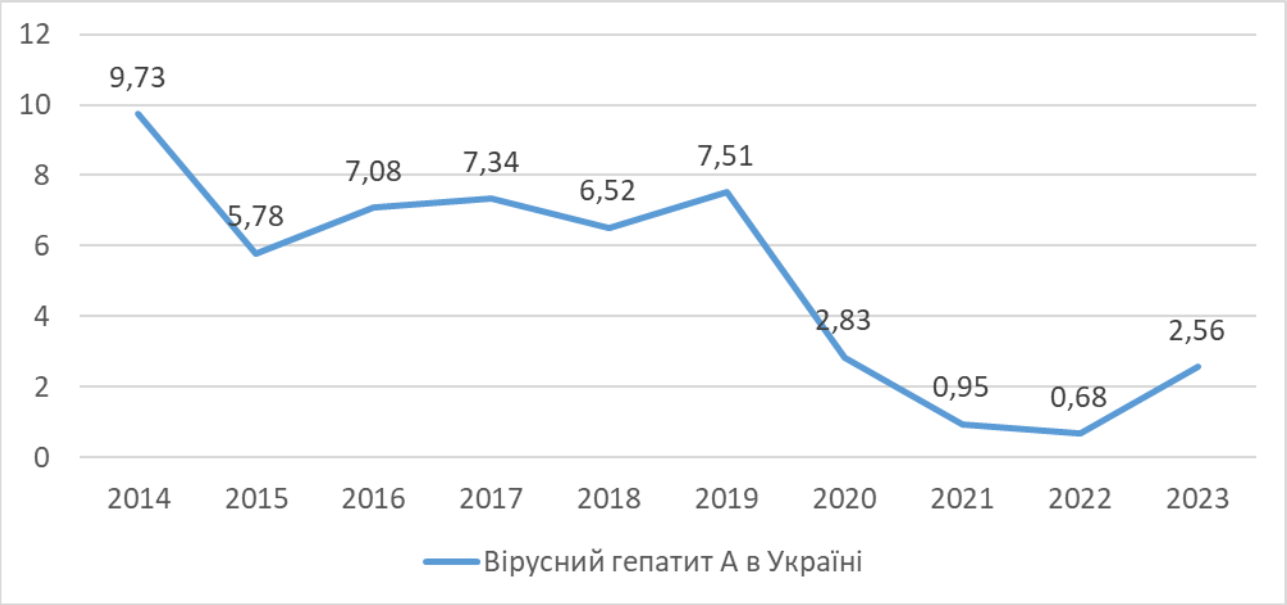


Рис. 2.1 – Динаміка захворюваності населення в Україні на вірусний гепатит А згідно зі звітом по формі №1,2 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

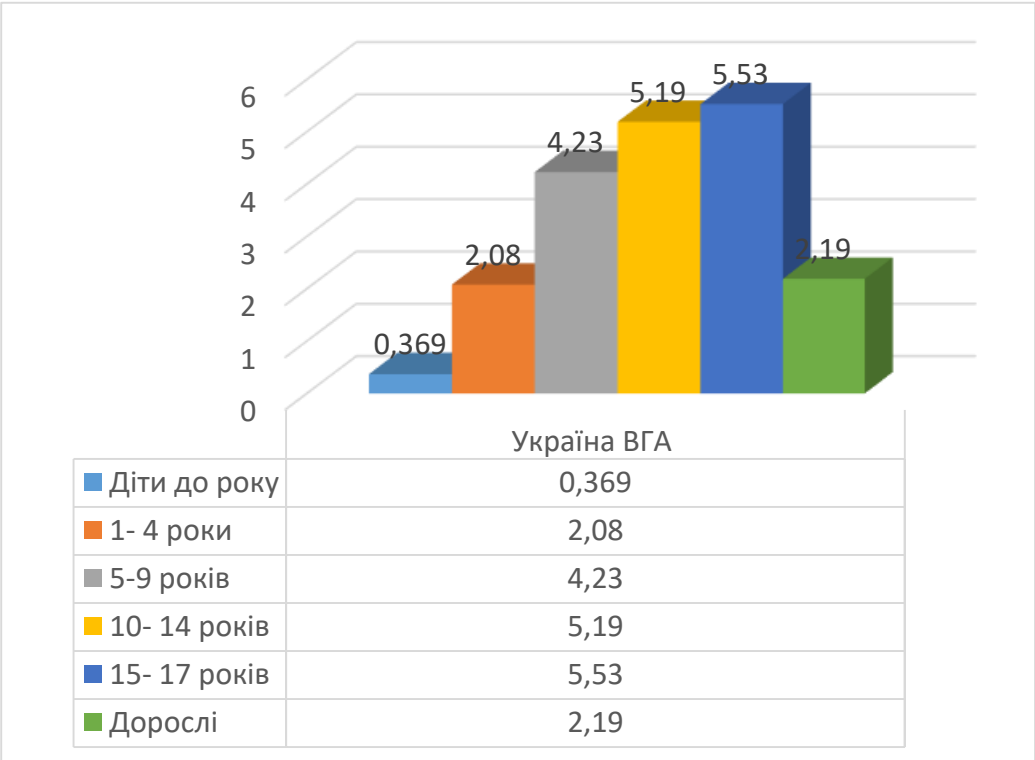
З 2019 р. в Україні спостерігалося зниження захворюваності ГА (показник 7,5 випадки на 100 тисяч населення) до 0,68 вип. на 100 тисяч населення в 2022 р. (зниження в 11 разів). У 2023 р., під час другого року війни, в Україні захворюваність ГА, порівняно з 2022 р., зросла в 3,76 рази (рис.2.1)[56-57].

Рис. 2.2 – Динаміка захворюваності населення вірусним гепатитом А в Україні та областях, де перевищено середньодержавний показник захворюваності згідно зі звітом по формі №1,2 за 2023 рік (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

У 2023 р. в Україні основний підйом захворюваності ГА відбувся, в основному, за рахунок Вінницької — 35,2 %, Закарпатської 30,1 %, Івано-Франківської 5,14 % областей та м. Київ 6 % випадків від загальної кількості. Вище середньодержавного була захворюваність в ряді областей: Вінницька — інтенсивний показник на 100 тис. населення 24,63 (перевищення в 9,62 рази), Закарпатська — інтенсивний показник 25,45 (перевищення в 9,94 рази), Івано-Франківська — інтенсивний показник 4,0 (перевищення в 1,56 рази), Волинська — інтенсивний показник 2,85 (первищення в 1,1 рази) (рис.2.2)[57].

Нижче середньодержавного державного рівня спостерігалась захворюваність в таких областях: Дніпропетровська (інтенсивний показник на 100 тисяч населення 2,0), Донецька (0,47), Житомирська (0,85), Запорізька (0,43), Київська (0,78), Кіровоградська (0,22), Львівська (0,98), Миколаївська (0,37), Одеська (0,13), Рівненська (0,44), Сумська (0,48), Тернопільська (0,88), Харківська (0,54), Черкаська (0,52), Чернівецька — (0,56), Чернігівська (0,84).

Рис. 2.3 – Вікова структура захворюваності населення вірусним гепатитом А в Україні в абсолютних числах згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2023 рік



	Україна ВГА
Діти до року	0,369
1- 4 роки	2,08
5-9 років	4,23
10- 14 років	5,19
15- 17 років	5,53
Дорослі	2,19

Рис. 2.4 – Вікова структура захворюваності населення вірусним гепатитом А в Україні в інтенсивних показниках (на 100 тисяч населення) згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2023 рік

У 2023 р. на території України було зареєстровано 1050 випадків ГА (інтенсивний показник 2,56 на 100 тис. населення). Серед дітей до 1 року було виявлено 1 випадок (інтенсивний показник 0,369 на 100 тис. населення), у дітей

віком 1–4 роки — 27 випадків (2,08), серед дітей 5–9 років — 94 випадки (4,23), дітей 10–14 років — 121 випадок (5,19), у дітей 15–17 років — 68 випадків (5,53), дорослих — 739 випадків (2,19) (рис.2.3; 2.4) [57].

Вікова структура захворюваності на ГА в Україні за 2023 р. була наступна: на доросле населення припадало 70,4 % випадків від загальної кількості ГА. Дітей віком 10–14 років у структурі захворюваності ГА було 11,5 %, дітей віком 5–9 років — 8,94 %, 15–17 років — 6,5 %, 1–4 роки — 2,57% та дітей до 1 року — 0,09% [57].

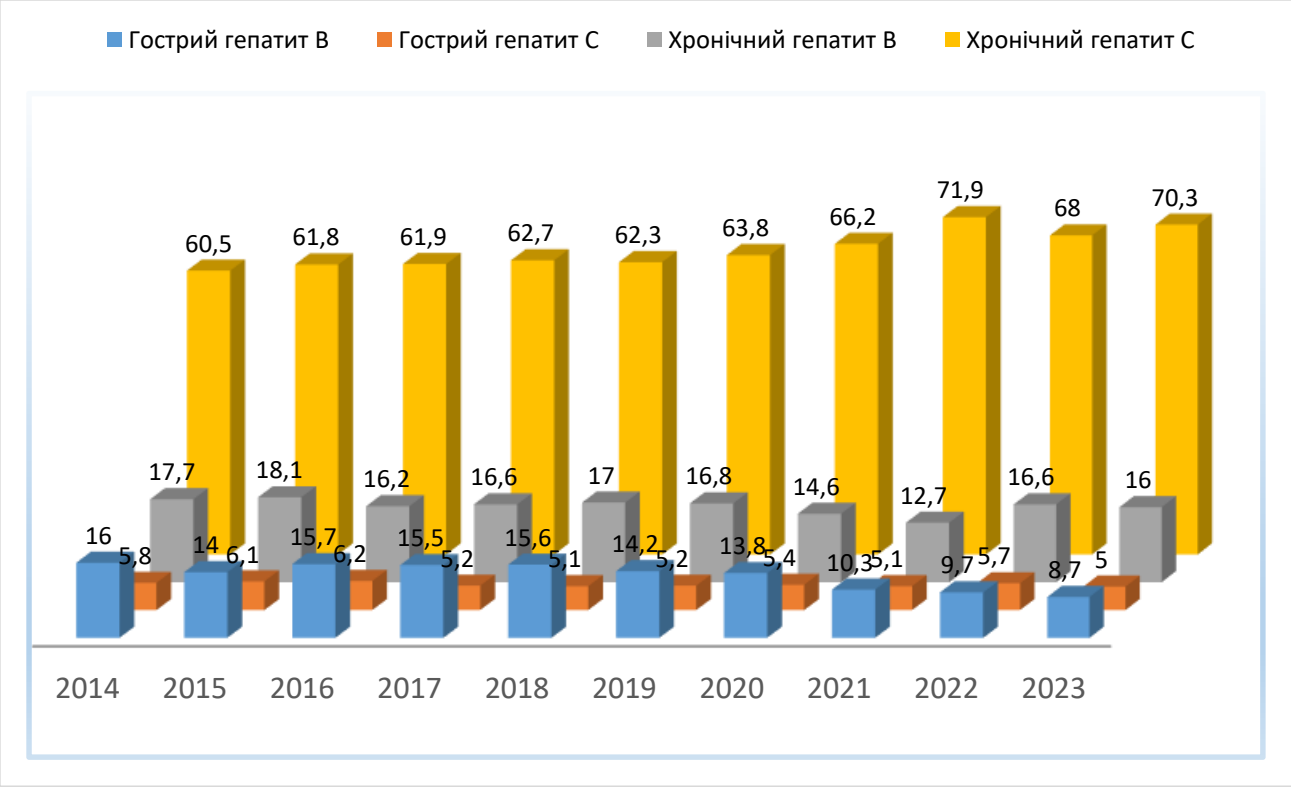


Рис. 2.5 – Структура парантеральних вірусних гепатитів в Україні за 2014–2023 роки (%)

Проаналізувавши структуру вірусних гепатитів за 2014–2023 роки в Україні було встановлено, що 60,5–70,9 % із зареєстрованих випадків припадає на ХГС, 16–18,1% із зареєстрованих випадків припадає на ХГВ, лише 5,0–6,2 % припадає на ГГС та 8,7–15,7% — на ГГВ (рис. 2.5).

Найвища питома вага ГГВ в захворюваності парентеральних гепатитів відмічались у 2016 р. та 2018 р.: 15,7% (1487 випадків) 15,6% відповідно (1449 випадків). Питома вага ГГС у 2016 р. складала 6,2% (583 випадки), ХГВ у 2015р. — 18,8% (1756 випадків), ХГС у 2021 р. — 71,9 % (3542 випадки).

Згідно з матеріалами офіційної реєстрації випадків захворювання МОЗ України (ф. 2), сумарно за 10 років (2014–2023 рр.) в Україні було зареєстровано 56348 випадків HCV-інфекції, у тому числі ГГС — 4431 випадок та ХГС — 51917 випадків, співвідношення ГГС до ХГС — 11,72 (таблиці 2.1; 2.2) [48-57].

Таблиця 2.1

Кількість зареєстрованих у 2014–2023 рр. випадків гострої та хронічної HCV-інфекції в Україні

HCV-інфекція	Роки									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ГГС	556	589	583	478	477	473	287	252	304	432
ХГС	5816	5983	5854	5757	5785	5906	3492	3542	3668	6114
Всього	6372	6572	6437	6235	6262	6379	3779	3794	3972	6546

Таблиця 2.2

Пропорція та співвідношення випадків гострої та хронічної HCV-інфекції

Форма інфекційного процесу/%	Роки									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ГГС (%)	8,72	8,97	9,05	7,66	7,61	7,41	7,6	6,64	8,28	6,6
ХГС (%)	91,28	91,03	90,95	92,34	92,39	92,59	92,4	93,36	92,34	93,4

Для порівняння: у країнах ЄС/ЄЕЗ у 2014 р. — на 1 випадок ХГС припадало 10,2 випадки ХГС та 57,5 «невідомих»; у 2015 р. — 12,7 та 69,6, відповідно. Згідно з матеріалами останнього щорічного епідеміологічного звіту ECDC щодо ГС в Європі, у 2016 р. було зареєстровано 813 випадків ГГС (2,4%), 7386 — ХГС (21,8%), 25396 — «невідомих» (75,0%) і 265 випадків (0,8%) не були класифіковані через неповноту даних нагляду; тобто, на 1 випадок ГГС припадали 9,1 випадків ХГС і 31,2 «невідомих» випадки. Отже, якщо, припустити, що в Україні усі зареєстровані випадки HCV-інфекції були вірно класифіковані як ГГС та ХГС (оскільки «невідомі» та «нерозшифровані» випадки не внесені до звітних форм про інфекційні

захворювання №1 та №2), то співвідношення між хронічними та гострими формами хвороби практично співпадає з аналогічним в країнах ЄС/ЄЕЗ[58].

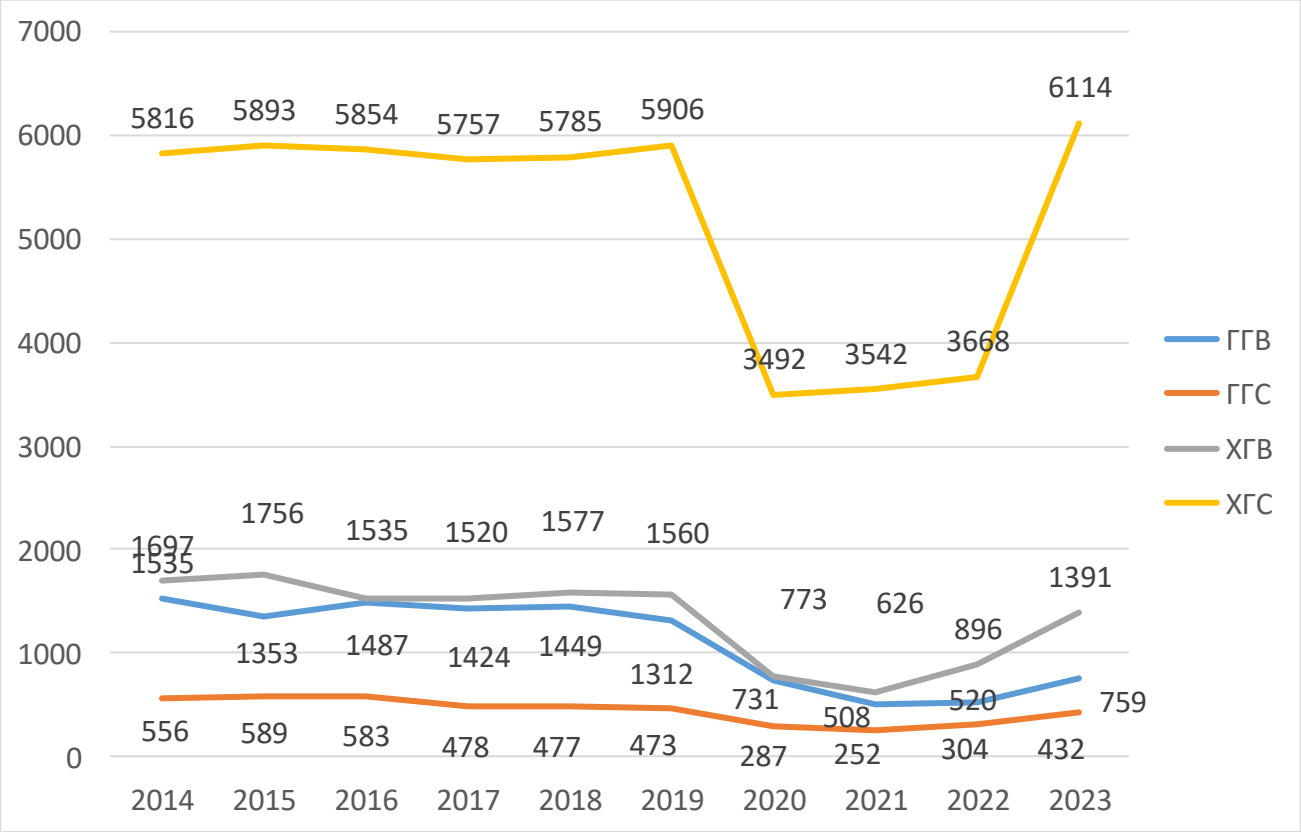


Рис. 2.6 – Динаміка захворюваності населення в Україні на гострі та хронічні вірусні гепатити В та С згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

За період 2014–2021 років захворюваність ГГС на території України знижувалася, а саме в 2014 р. зареєстровано 556 випадків (інтенсивний показник 1,23 на 100 тис. населення), а у 2021 р. — 252 випадки (інтенсивний показник 0,6 на 100 тис. населення (зниження в 2,05 рази). З 2022 р., в тому числі і через повномасштабну російську агресію проти нашої держави, почала зростати кількість вперше виявлених хворих на ГГС, у 2022 р. зареєстровано 304 випадки (інтенсивний показник 0,73 на 100 тис. населення), у 2023 р. — 432 випадки (інтенсивний показник 1,07 на 100 тис. населення) (ріст порівняно із 2021 р. в 1,78 рази) (рис.2.6)[48-57].

Така ж динаміка прослідковується і з захворюваністю на ГГВ, за період 2014–2021 роки захворюваність знижувалася. У 2014 р. зареєстровано 1535 вперше виявлених хворих на ГГВ (3,38 на 100 тис. населення, а у 2021 р. — 508 хворих (1,22

на 100 тис. населення), зниження в 2,77 рази. Збільшується кількість нових випадків у 2022 р. — 520 (1,26) та 2023 р. — 759 випадків (1,85).

За період 2014–2021 років захворюваність ХГВ знижувалась, в 2014 р. в Україні зареєстровано вперше виявлених хворих на ХГВ 1697 випадків (3,74 на 100 тис. населення), в 2021 р. — 626 випадків (1,5), зниження в 2,49 рази. У 2022 р. було виявлено 896 випадків (2,16) та у 2023 р. — 1391 випадок (інтенсивний показник 3,39 на 100 тис. населення), ріст порівняно з 2021 р. у 2, 26 рази.

У період 2014–2019 роки в Україні реєструвалося більше 5500 випадків вперше виявленого ХГС, у 2020–2022 роках спостерігалося зниження захворюваності, та реєструвалося близько 3600 випадків. У 2023 р. спостерігалося різке підвищення захворюваності, зареєстровано — 6114 (інтенсивний показник 14,99 на 100 тис. населення випадків), що було на 2622 випадки більше ніж у 2020 р. (інтенсивний показник 8,32 на 100 тис. населення (3492 випадки), ріст в 1,8 рази [48-57].

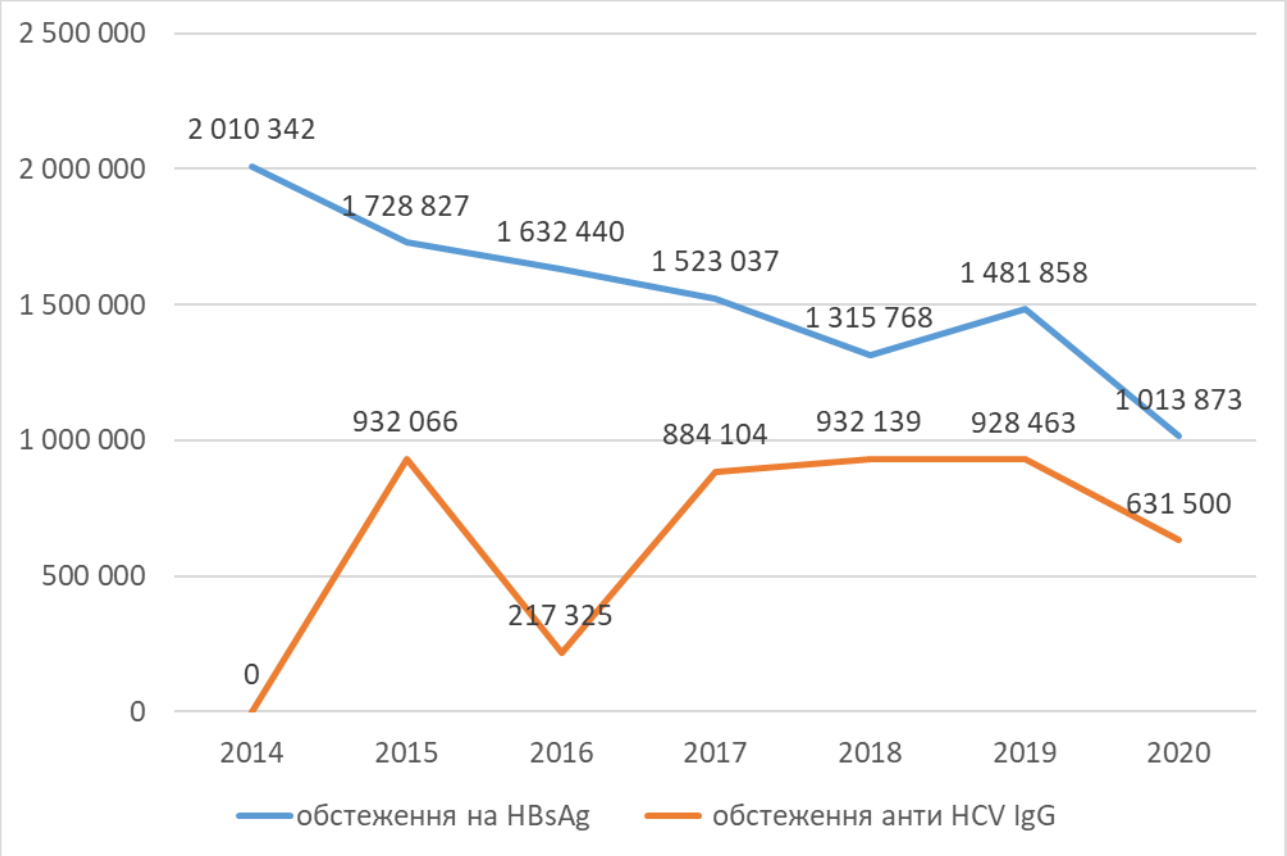


Рис. 2.7 – Динаміка обстежень на ГВ та ГС в Україні за 2014–2020 роки відповідно до статистичної звітної форми «40-здоров», що затверджена наказом МОЗ України від 04.04.2001 №132

Дані щодо кількості обстежених осіб на вірусні гепатити (ГА, ГВ, ГС) надходять до обласних центрів контролю та профілактики хвороб відповідно до статистичної звітної форми «40-здоров», що затверджена наказом МОЗ України від 04.04.2001 №132. У 2014 р. кількість обстежень на маркери ГВ склала 2 010 342 особи, з них у 28 214 (1,4%) осіб виявлено антитіла до ВГВ. В 2020 р. на визначення HBsAg обстежено 1 013 873 осіб та виявлено 12 140 (1,2%) HBsAg позитивних осіб, тобто спостерігається зменшення протестованих осіб в 1,98 рази. На маркери ГС в 2014 р. було проведено 1 037 515 обстежень, з них антитіла до ВГС було виявлено у 43 798 осіб (4,2 %), в 2020 р. проведено обстежень на анти HCV IgG в 631 500 осіб, з них у 19 840 (3,1%) виявлено антитіла до вірусу ГС. Тобто в 2020 р. тестування знизилось у 1,64 рази (рис. 2.7) [58].

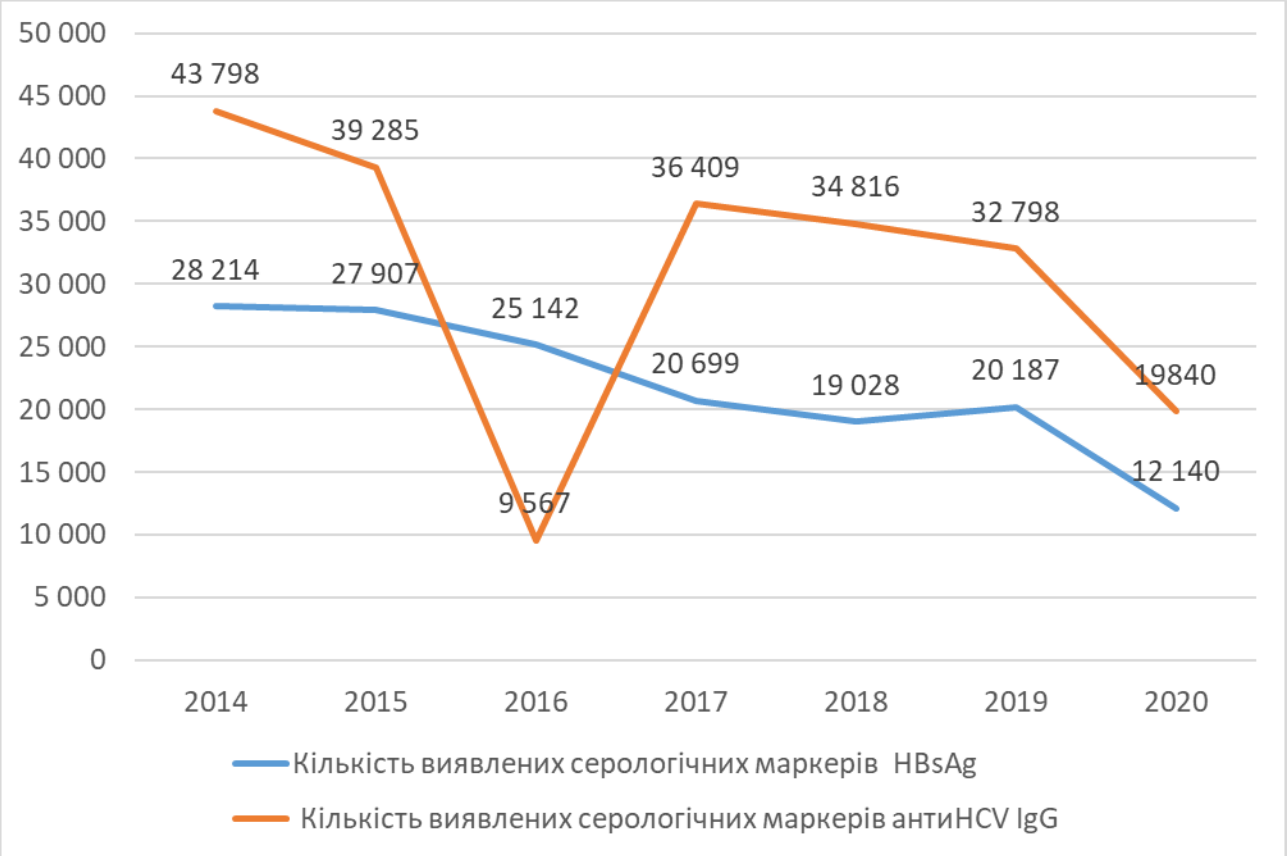


Рис. 2.8 – Динаміка виявлення серологічних маркерів на ГВ та ГС в Україні за 2014–2020 роки відповідно до статистичної звітної форми «40-здоров», що затверджена наказом МОЗ України від 04.04.2001 №132

Відповідно до даних ДУ «ЦГЗ МОЗ України» при зниженні тестувань на маркери ГВ та ГС відповідно знижується і кількість виявлених серологічних маркерів HBsAg та анти HCV IgG. Якщо говорити про тестування на виявлення маркерів анти -HCV IgG, то найвищий показник спостерігався у 2014 р. — 43 798 осіб, в яких виявлено антитіла, найнижчий показник у 2016 р. — 9567 осіб (зниження в 4,57 рази). До 2020 р. показник дещо збільшився — 19 840 осіб, в яких виявлено антитіла, та він все ж був менший ніж в 2014 р. в 2,2 рази. Тестування на виявлення серологічних маркерів HBsAg знижувалось поступово, найбільше позитивних маркерів виявлено у осіб в 2014 р. (28 214), а наменше — в 2020 р. (12 140 осіб), зниження в 2,32 рази (рис.2.8)[58].

Таблиця 2.3

Кількість осіб з падтвердженим діагнозом на ГВ та ГС в Україні за 2014–2020 роки (що потрапили під медичний нагляд)

Рік	Кількість осіб із підтвердженим діагногозим ХГВ	Кількість осіб із підтвердженим діагногозим ХГС
2014	1697	5816
2015	1757	5983
2016	1535	5854
2017	1520	5757
2018	1577	5785
2019	1560	5906
2020	773	3492

При проведенні тестування на ГС, більшість осіб з маркерами ГС не проходять підтверджувальної діагностики та не потрапляють до офіційної статистики. У 2014 р. підтверджено діагноз ХГС у 5816 осіб, хоча позитивні серологічні маркери було вявлено у 43 798 осіб, у 2020 р. — офіційно

зареєстровано 3492 особи із ХГС, позитивні серологічні маркери вявлено у — 19 840 осіб. З ХГВ ситуація аналогічна, у 2014 р. HBsAg виявлено у 28 214 осіб, проте офіційно підтверджено діагноз у — 1697 хворих, з 12 140 виявлених позитивних серологічних маркерів HBsAg у 2020 р., зареєстровано нових хворих на ХГВ — 773 особи (рис. 2.8 ; таблиця 2.3) [59].

За проаналізований період ЦГЗ було виявлено, що епідемічна тенденція захворюваності в Україні характеризувалась вираженим зниженням показників захворюваності на гостру HCV-інфекцію. В 2014–2021 роках захворюваність ГГС на території України знижувалася, а з 2022 р. почалося зростання захворюваності на ГГС і в 2023 р. спостерігався ріст порівняно з 2021 р. в 1,78 рази. Відмінності спостерігались у захворюваності на ХГС: в період 2014–2019 роки в Україні реєструвалося більше 5500 випадків вперше виявленого ХГС, в за 2020–2022 роки відмічалося зниження захворюваності. У 2023 р. спостерігалося різке підвищення захворюваності ХГС, зареєстровано — 6114 хворих (інтенсивний показник 14,99 випадків на 100 тис. населення).

2.2. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Львівській області за 2014–2023 роки

У Львівській області протягом 2014–2023 рр. показники захворюваності ГА були нижчі від середньодержавного показника. З 2016 р. у Львівській області спостерігалося зниження захворюваності ГА з 4,17 до 0,68 випадків на 100 тисяч населення в 2022 р. (зниження в 6 раз). У 2023 р. в області захворюваність на ГА порівняно з 2022 р., зросла в 1,4 рази (рис.2.9; 2.10)[48-57].

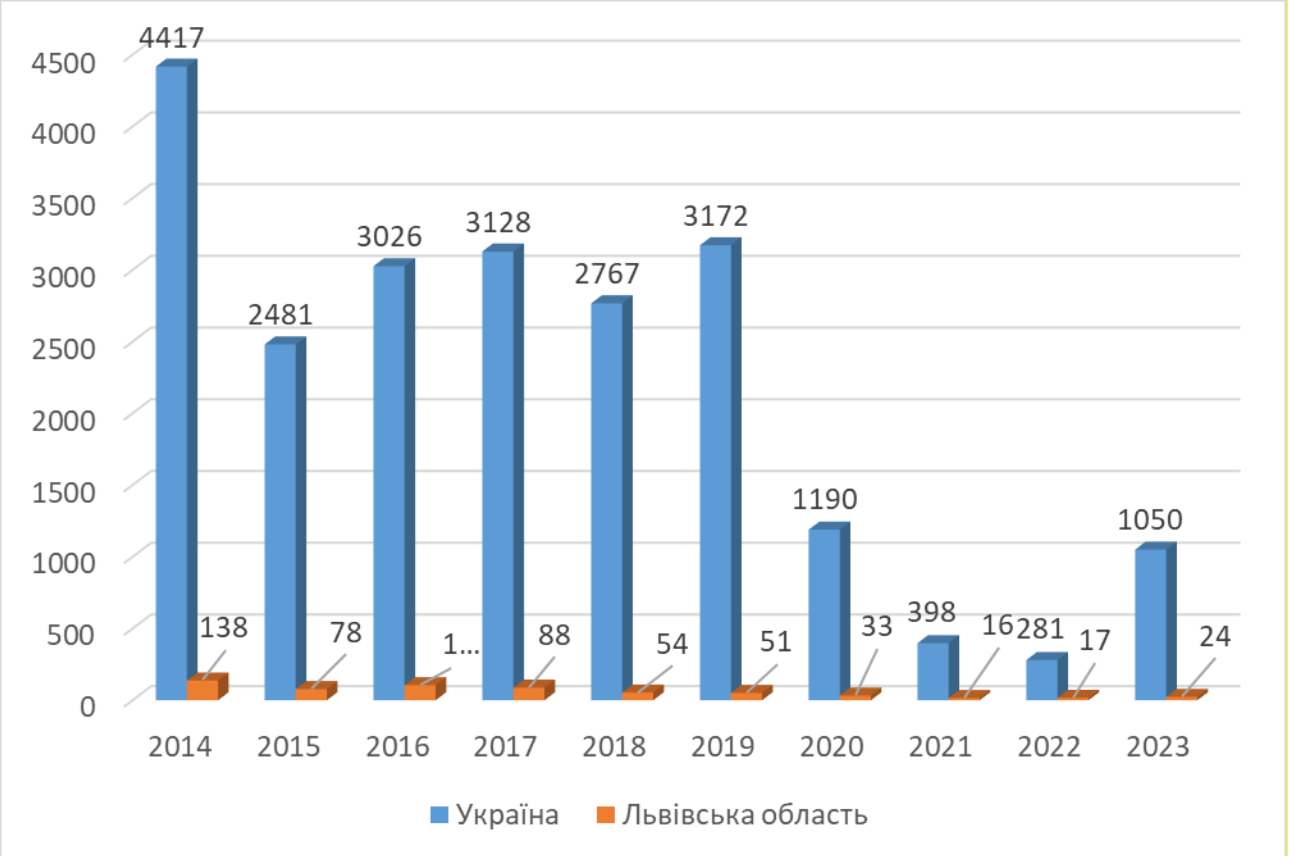


Рис. 2.9 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Львівській області на ГА згідно зі звітом по формі №1, №2 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

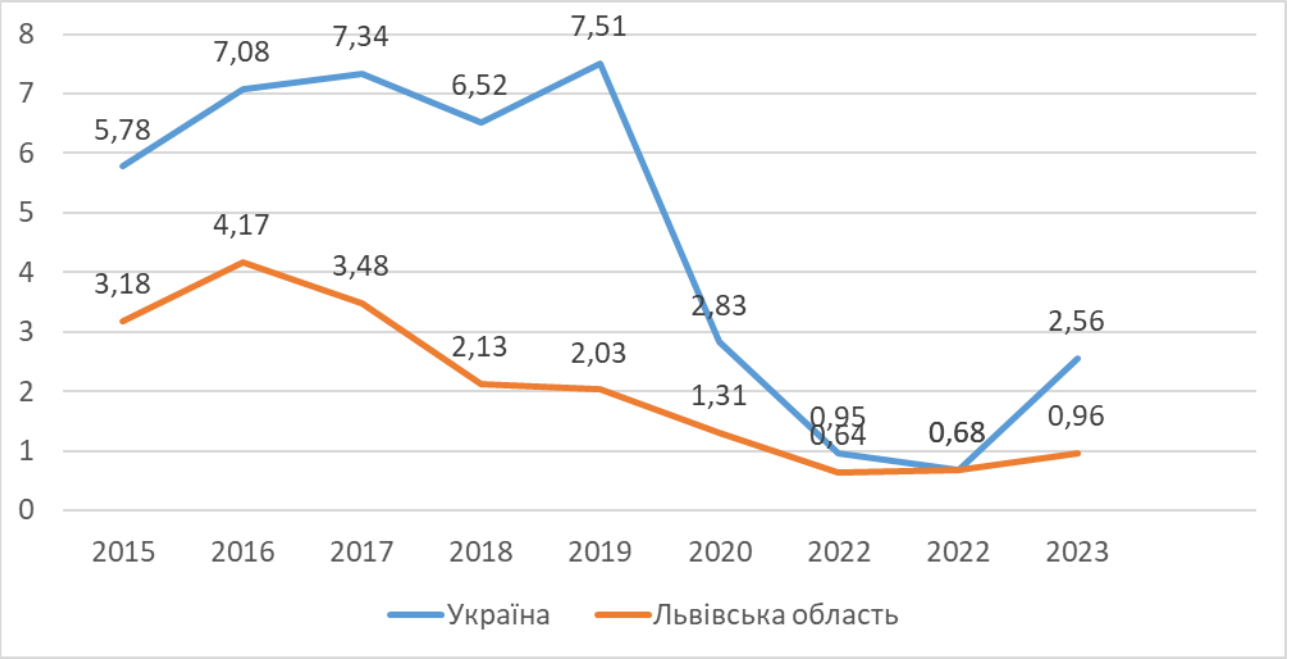


Рис. 2.10 – Динаміка захворюваності населення ГА в Україні та Львівській області згідно зі звітом по формі № 1, 2 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення).

Таблиця 2.4

Вікова структура захворюваності на ГА у Львівській області за 2017–2023 роки

	Вік	2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.		2021 р.		2022 р.		2023 р.	
		всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%
Гепатит А	0-14 років	11	12,5	22	22,22	8	15,68	7	21,21	5	31,25	3	17,64	6	25
	15-24 років	25	28,4	14		13		12		3		3		1	4,17
	25- 49 років	43	48,87	33	42,59	27	52,95	9	27,27	7	43,75	10	58,82	11	45,83
	50 +	9	10,23	5	9,26	3	5,88	5	15,35	1	6,25	1	5,88	6	25

У віковій структурі ГА найбільша кількість захворювань відмічалась серед осіб віком 25–49 років (42,59 %, 23 особи) у 2018 р. до 58,82 % (10 осіб) у 2022 р., на вікову категорію 15–24 роки припадає 17,64 % (3 особи) у 2022 р. до 36,36 % (12 осіб) випадків від загальної кількості у 2020 році, лише у 2023 році відсоток у даній віковій групі склав — 4,17 % (1 випадок). На вікову групу 0–14 років припадає від 12,5 % (13 осіб) у 2017 р. до 31,25 % (5 осіб) у 2021 р., та на вікову групу 50+ припадає найменша кількість зареєстрованих випадків від загальної кількості захворілих від 5,88 % (3 особи) у 2019 р. до 10,23% (9 осіб) у 2017 р. (таблиця 2.4) [51–57].

Таблиця 2.5

Результати обстеження на ГА у Львівській області з діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду за 2014–2023 роки

Роки	Обстеження із діагностичною метою		Обстеження з метою епідеміологічного нагляду	
	Кількість обстежених осіб	З них з позитивним результатом	Кількість обстежених осіб	З них з позитивним результатом

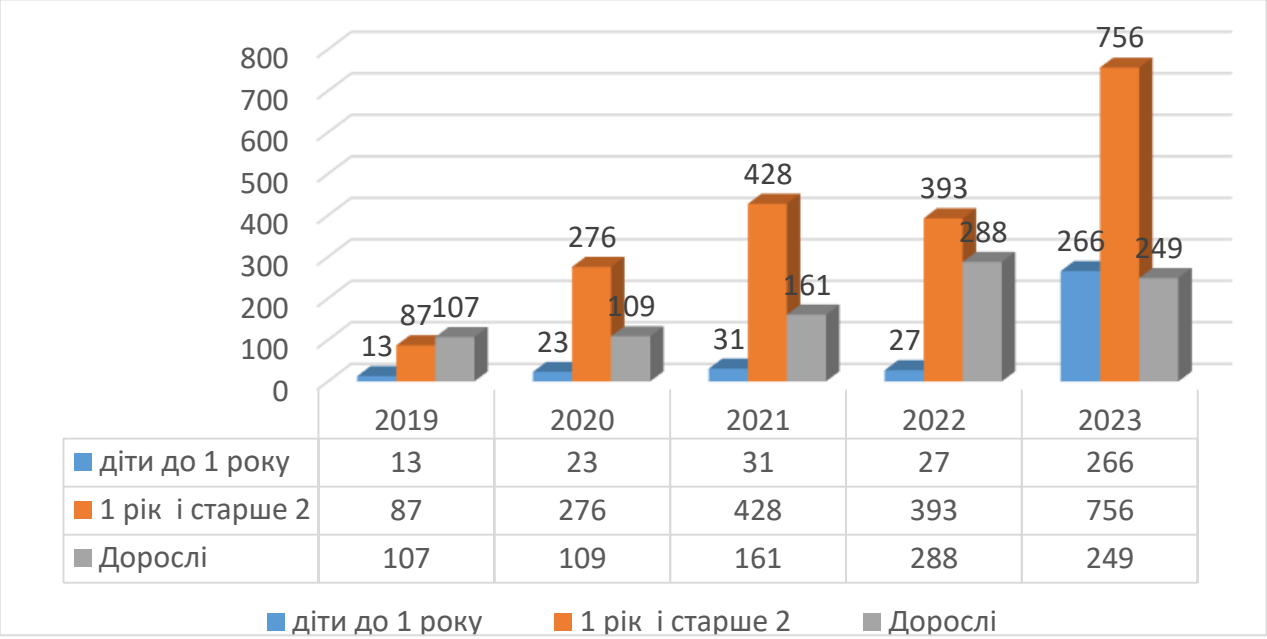
2014	1	1	520	24
2015	512	30	10577	90
2016	183	42	2070	10
2017	39	29	720	-
2018	135	15	4786	40
2019	18	17	126	-
2020	33	33	524	-
2021	3	-	264	-
2022	85	17	51	-
2023	138	24	62	-

Рисунок 2.11 – Динаміка захворюваності та обстеження на ГА у Львівській області з діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

Аналізуючи динаміку захворюваності на ГА та кількість обстежень проведених з діагностичною метою та з метою епіднагляду у Львівській області за 2014–2023 роки бачимо, що при найвищій захворюваності в області в 2014 р. (138

випадків) обстежено лише 521 осіб, співвідношення 1:3,7 (з діагностичною метою — 1 особа, з метою епіднагляду — 520 осіб,), в 2015 р. зареєстровано 78 випадків ГА, але при цьому обстежено 11089 осіб, співвідношення 1:142,2 (з діагностичною метою — 512 осіб, з метою епіднагляду — 10577 осіб), при цьому всього позитивні результати було зареєстровано у 120 осіб. У 2019 р. зареєстровано 51 випадків ГА, при цьому лабораторно на маркери ГА обстежено лише 144 особи, співвідношення 1:2,82 (з діагностичною метою — 18, з метою епіднагляду — 126). Тобто бачимо, що співвідношення кількості проведених обстежень до кількості зареєстрованих випадків захворювань на ГА різне, що можливо було пов'язано з наявністю діагностичних тест-систем (рис. 2.11, таблиця 2.5)[48–57].

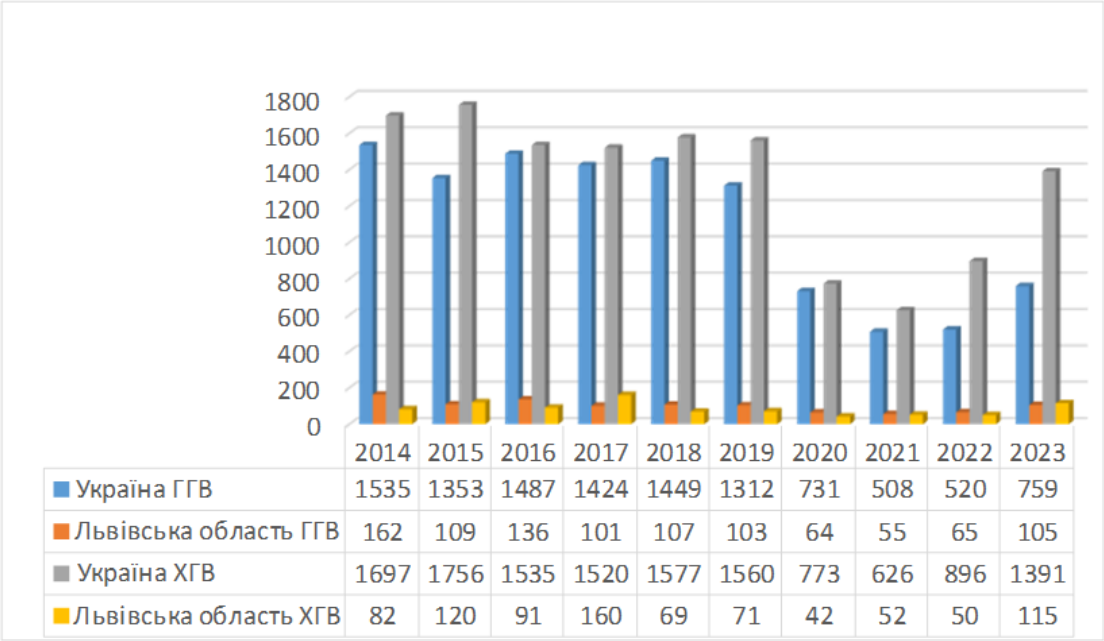
Вакцинація проти ГА не входить до Національного календаря профілактичних щеплень, але є рекомендованою Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України) для профілактики інфікування ГА.



	2019	2020	2021	2022	2023
діти до 1 року	13	23	31	27	266
1 рік і старше 2	87	276	428	393	756
Дорослі	107	109	161	288	249

Рис. 2.12 – Дані виконання обсягів щеплень від ГА згідно зі зведеним звітом про виконання щеплень, які не входять до Календаря щеплень у Львівській області за 2019–2023 роки

У Львіській області у 2023 р. спостерігається збільшення загальної кількості вакцинованих осіб від вірусного гепатиту А у порівнянні із 2019 р. в 6,1 рази, у віковій групі діти до року — збільшення у 20,4 раз, 1 рік і старше — у 8,68 рази та дорослого населення — у 2,3 рази (рис.2.12).



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГВ	1535	1353	1487	1424	1449	1312	731	508	520	759
Львівська область ГГВ	162	109	136	101	107	103	64	55	65	105
Україна ХГВ	1697	1756	1535	1520	1577	1560	773	626	896	1391
Львівська область ХГВ	82	120	91	160	69	71	42	52	50	115

Рис. 2.13 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Львівській області на ГВ та ХГВ згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

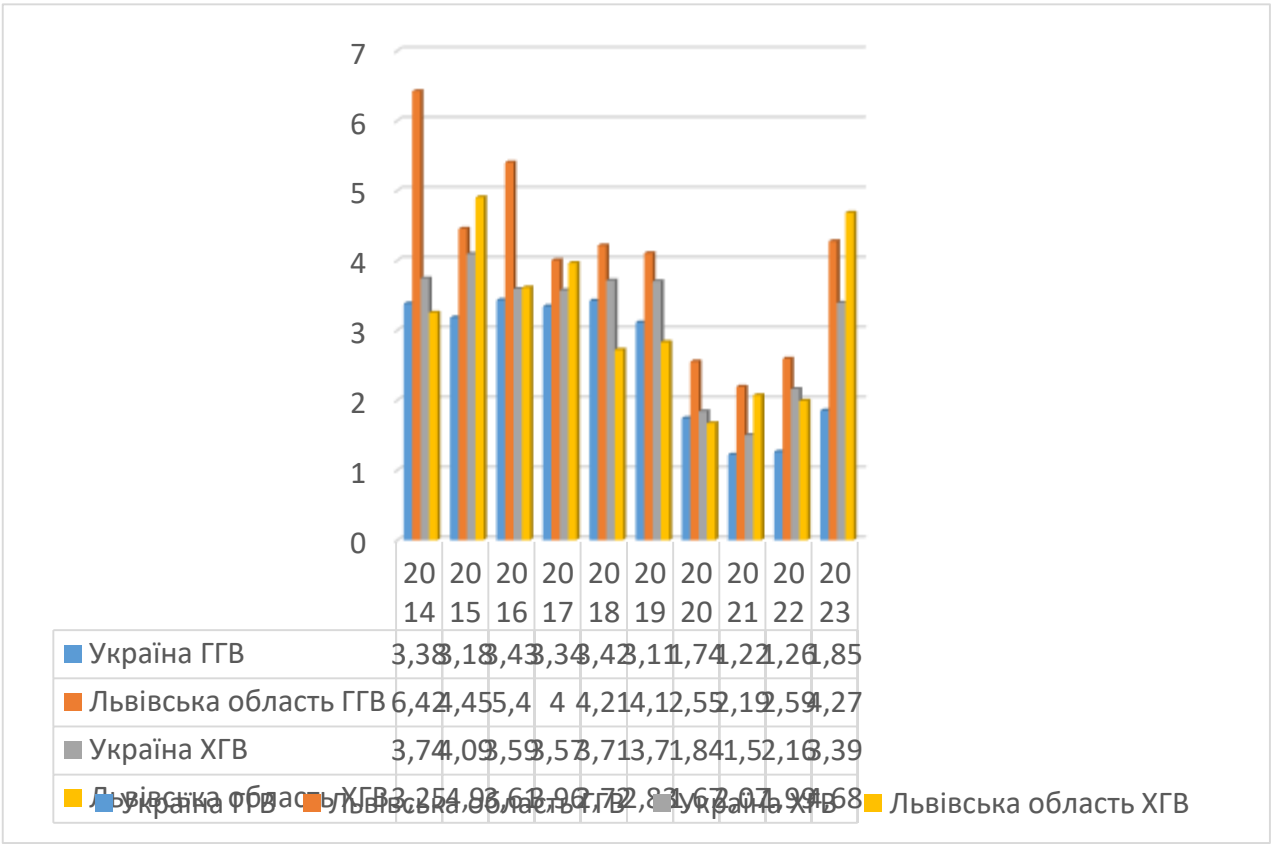


Рис. 2.14 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Львівській області на ГВ та ХГВ згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення).

Результати аналізу захворюваності по звітних формах № 1, 2 показали, що у Львівській області за період 2014–2021 роки відмічалося зниження захворюваності ГГВ в 2,9 рази з 6,42 вип. на 100 тис. населення (2014 р.) до 2,19 вип. на 100 тис. населення (2021 р.). Після повномасштабного вторгнення росії на територію України спостерігається різке збільшення в 1,94 рази захворюваності ГГВ з 2,19 випадків на 100 тис. населення (2021 р.) до 4,27 випадків на 100 тис. населення (2023 р.). На протязі 2014–2023 років показники захворюваності ГГВ у Львівській області були вищими середньодержавних показників. Так в 2023 р. рівень захворюваності був вищим, ніж в Україні в 2,3 рази (4,27 та 1,85 відповідно) (рис. 2.13; 2.14) [48–57].

Захворюваність на ХГВ у Львівській області у 2014 р. становила 3,25 випадки на 100 тис. населення, що було на 13,3% нижче показника захворюваності ХГВ в Україні (3,74 випадки на 100 тис.населення). У 2023 р. показник захворюваності ХГВ виріс до 4,68 випадків на 100 тис.населення, що було вище середньодержавного показника на 27,6 % [48–57].

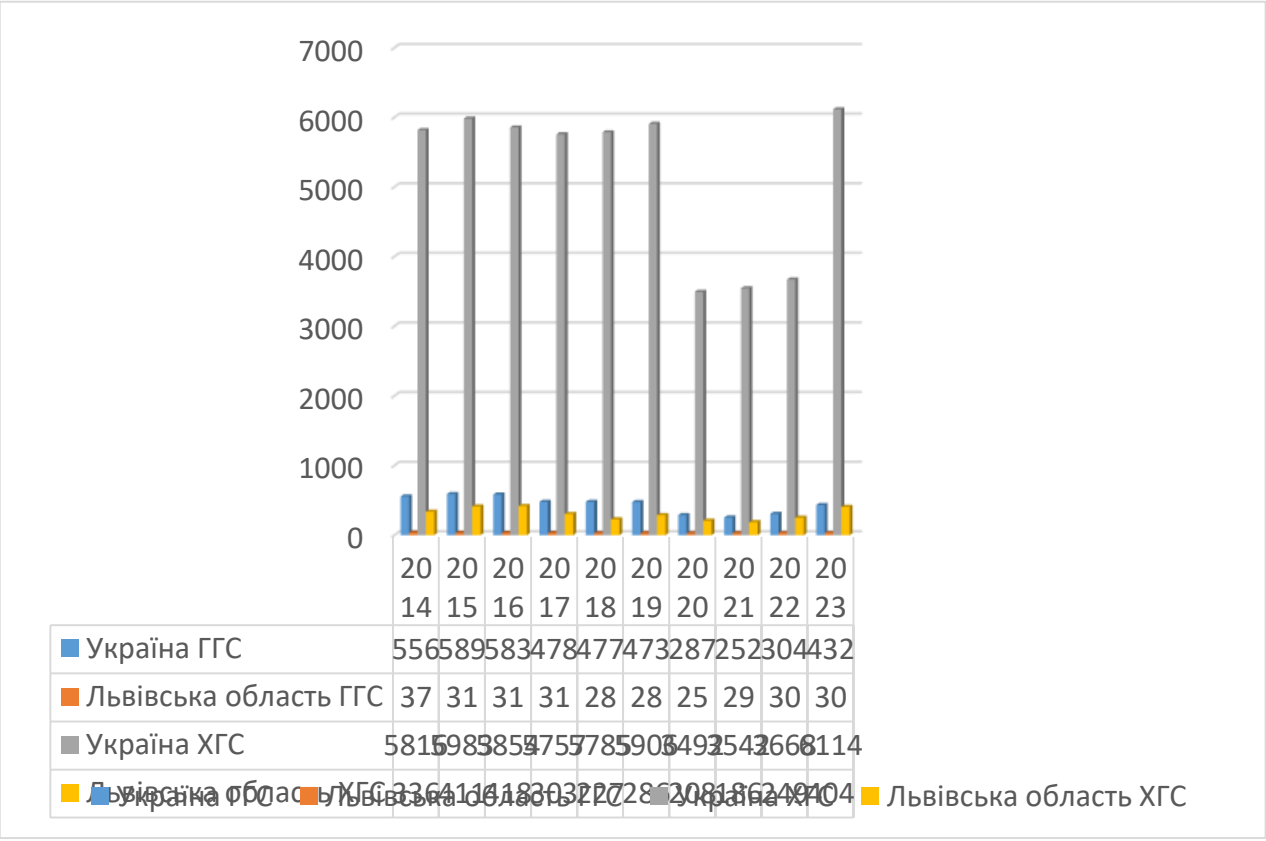
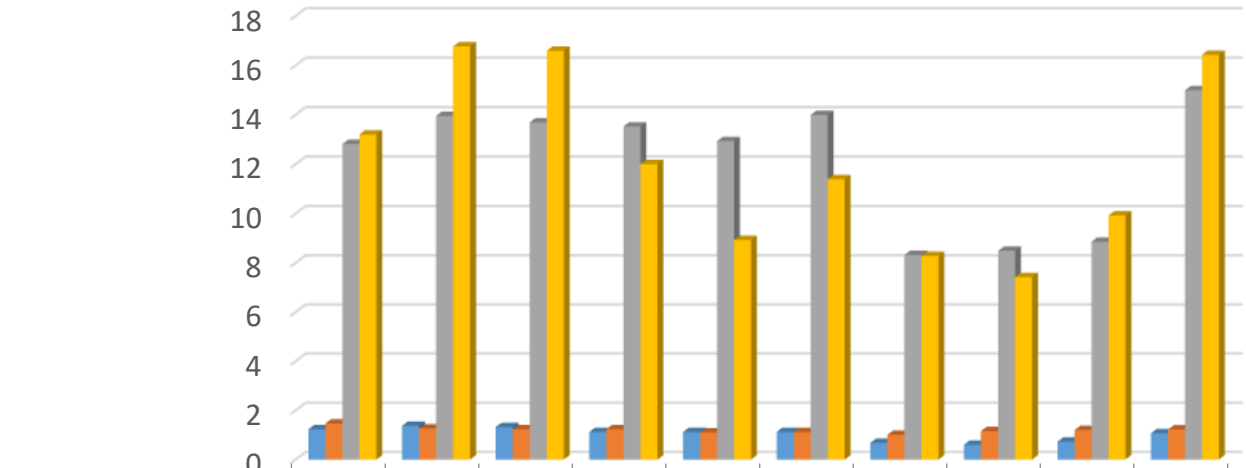


Рис. 2.15 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Львівській області на ГС та ХГС згідно зі звітом по формі №1, 2 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГС	1,23	1,37	1,32	1,12	1,12	1,12	0,68	0,6	0,73	1,07
Львівська область ГГС	1,47	1,26	1,23	1,23	1,1	1,12	1	1,16	1,2	1,22
Україна ХГС	12,82	13,95	13,69	13,52	12,93	13,99	8,32	8,49	8,86	14,99
Львівська область ХГС	13,2	16,77	16,59	12	8,93	11,39	8,28	7,42	9,93	16,42

Рис. 2.16 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Львівській області на ГС та ХГС згідно зі звітом по формі № 1, 2 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

У 2014 р. захворюваність ГГС у Львівській області становила 1,47 випадків на 100 тис.населення та була вище захворюваності в Україні на 16,3% (1,23 випадки на 100 тисяч населення). За період з 2018–2023 роки захворюваність ГГС на території Львівської області зросла з 1,1 випадки на 100 тис. населення (2018 р.) до 1,22 випадки на 100 тисяч населення (2023 р.). В той же час захворюваність ГГС у Львівській області 2020–2023 роки була вищою середньодержавного показника в 1,9 рази (2021 р.), в 1,6 рази (2022 р.), в 1,1 рази (2023 р.) (рис.2.15; 2.16))[48–57].

За період 2014–2016 роки захворюваність на ХГС у Львівській області була на 2,8% вище середньодержавного показника в 2014 р. та становила 13,2 випадки на 100 тис.населення (в Україні — 12,82 випадків на 100 тис. населення), в 2015 р. — на 16,8% (показник 16,77), а в Україні — 13,95; в 2016 р. — на 17,4 % (показник 16,59), а в Україні — 13,69 випадків на 100 тис. населення. З 2017 по 2021 роки захворюваність ХГС у Львівській області знизилась, показники були нижче середньодержавних: у 2017 р. — на 11,25% (12 випадків на 100 тис.населення, а в Україні — 13,52 випадків на 100 тис. населення); у 2018 р. — на 30,94 % (8,93 випадки на 100 тис.населення, а в Україні — 12,93 випадки на

100 тис. населення), у 2019 р. — на 18,59 % (11,39 випадки на 100 тис.населення, в Україні —13,99 випадки на 100 тис. населення). У 2020 р. в Львівській області показник захворюваності ХГС становив 8,28 випадків на 100 тис.населення, що було на 0,48 % нижче захворюваності в Україні (8,32 випадки на 100 тис. населення), аналогічна ситуація відмічалась у 2021 р., коли показник захворюваності ХГС в області знизився до 7,42 випадки на 100 тис.населення, що було на 12,6 % нижче захворюваності в Україні (8,49 випадки на 100 тис. населення). У той же час захворюваність ХГС у Львівській області за 2022–2023 роки була вищою середньодержавного показника в 1,12 рази (2022 р.), в 1,09 рази (2023 р.) (рис.2.15; 2.16) [48–57].

У форму державної статистичної звітності № 40-здор. «Звіт про роботу обласної санітарно-епідеміологічної станції» з 2017 р. введено обов'язкову для заповнення таблицю 9.2 «Захворюваність на вірусні гепатити за статтю, віком та шляхами передачі». Проаналізуємо основні шляхи передачі та вікову групу ГГВ, ХГВ, ГГС та ХГС за період 2017–2023 роки у Львівській області.

Таблиця 2.6

Шляхи передачі ГГВ, ХГВ у Львівській області за 2017–2023 роки (в абсолютних числах та %).

	Шляхи передачі	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
ГВ	Вживання ін'єкційних наркотиків	8	7,92	5	4,68	8	7,77	5	7,81	2	3,64			5	4,76
	Незахищений секс	8	13,87	9	8,41	11	10,67	7	10,93	8	14,55	6	9,24	4	3,8
	Від матері до дитини														
	Переливання крові			2	1,86	3	2,92							1	0,99

	Гемодіаліз	2	1,97			3	2,92			1	1,82	4	6,15	2	1,9
	Нозокоміальна інфекція	10	9,9	11	10,28	11	10,67	8	12,5						
	Інше та невідомо	67	66,34	80	74,77	67	65,05	45	68,76	44	80	55	84,61	93	88,55
ХГВ Хронічний гепатит В Хронічний гепати В	Вживання ін'єкційних наркотиків	13	13	4	5,8	9		2	4,76	3	5,76			3	2,6
	Незахищений секс	6	6	8	11,6	11	15,5	3	7,14	3	5,76	7	14	9	7,83
	Від матері до дитини														
	Переливання крові					1	1,4			1	1,93			1	0,87
	Гемодіаліз									2	3,85	3	6	6	5,22
	Нозокоміальна інфекція														
	Інше та невідомо	81	81	57	82,6	50	70,42	37	88,1	43	82,7	40	80	96	83,48

У структурі шляхів передачі ГГВ спостергіється зменшення інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків з 7,92% у 2017 р. до 3,64% в 2021 р. (зниження в 2,17 раз), проте в 2023 р. цей показник зріс до 4,76% (таблиця 2.5). Відмічається також зниження інфікування ГГВ через незахищений секс, якщо в 2017 р. відсоток інфікування складав 13,87 % (14 випадків), то у 2023 році —

3,8% (4 випадки), зниження у 3,65 рази. Зареєстровані випадки інфікування під час переливання крові: у 2018 р. — 2 випадки (1,86%), у 2019 р. — 3 випадки (2,92 %) та у 2023 р. — 1 випадок (0,99%) від усіх випадків зареєстрованого ГГВ. З 2017 р. до 2020 р. спостерігалося зростання нозокоміальної інфекції ГГВ з 9,9% (2017 р.) до 12,5% (2020 р.), ріст в 1,26 рази. Проте вже з 2021 р. не зареєстровано жодного випадку нозокоміальної інфекції ГГВ. Значну питому вагу складають випадки з невідомими та іншими шляхами передачі, так в 2017 р. зареєстровано 67 таких випадки (66,34%), а у 2023 р. — 93 випадки (88,55%), (ріст в 1,33 рази) (таблиця 2.6))[51–57].

При проведенні аналізу шляхів інфікування ХГВ встановлено наступне: зниження у 5 разів питомої ваги інфікування від вживання ін’єкційних наркотиків з 13 % (2017 р.) до 2,6% (2023 р.), натомість відмічається ріст захворювань через незахищений секс в 1,9 рази з 7,14 % (2020 р.) до 14 % (2022 р.). Реєструвалися інфікування під час переливання крові (по 1 випадку у 2019 р., 2021 р. та 2023 р.). Відзначається ріст інфікуваня під час проведення гемодіалізу, так в 2021 р. зарестровано 2 випадки (3,85%), в 2023 р. — 6 випадків (5,22%), ріст в 1,35 рази. Спостерігаються високі показники інфікування іншими чи невстановленими шляхами, у 2017 р. зареєстровано таких випадків — 81 (82,6%), у 2023 р. — 96 ивипадків (83,48%) (таблиця 2.6) [51–57].

Таблиця 2.7

Шляхи передачі ГГС, ХГС у Львівській області за 2017–2023 роки (в абсолютних числах та %).

Гострий	**Шляхи передачі**	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
Гострий	Вживання ін'єкційних наркотиків	3	9,68	2	7,14	1	3,57	2	8	2	6,89			1	3,39

Хронічний гепати С												
Інше та невідомо	Нозокоміальна інфекція	Гемодіаліз	Переливання крові	Від матері до дитини	Незахищений секс	Вживання ін'єкційних наркотиків	Інше та невідомо	Нозокоміальна інфекція	Гемодіаліз	Переливання крові	Від матері до дитини	Незахищений секс
235			4		33	31	23	1				4
77,56			1,32		10,89	10,23	74,19	3,23				12,9
185			1		20	21	20	3				3
81,49			0,45		8,81	9,25	71,42	10,72				10,72
223		2	5		35	21	20	3			1	3
77,97		0,69	1.75		12,25	7,34	71,42	10,72			3,57	10,72
163	1		2		17	25	16	2				5
78,36	0,49		0,97		8,18	12	64	8				20
134			5		26	21	26					1
72,05			2,68		13,98	11,29	89,66					3,45
186			10	1	26	26	28					2
74,69			4,01	0,4	10,45	10,45	93,33					6,64
306		6	15		30	47	29					
75,74		1,48	3,72		7,43	11,63	96,64					

У структурі шляхів передачі ГГС інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків спостерігається на одному рівні — 1,2 випадки протягом року, хоча у відсотках спостергіється зниження в 2,48 рази з 9,68 % (2017 р.) до 3,39 (2023 р.). Спостерігається також зниження інфікування ГГС через незахищений секс, так в 2017 р. відсоток інфікування складав — 12,9 % (4 випадки), а у 2022 р. — 6,67 % (2 випадки), зниження у 1,92 рази. Випадки інфікування через незахищений секс у 2023 р. на реєструвалося. У 2019 р. зареєстровано 1 випадок інфікування від матері до дитини (3,57%) від усіх випадків ГГС. З 2017 р. до 2020 р. спостерігалося зростання інфікування шляхом передачі нозокоміальної інфекції ГС з 3,23 % (2017 р.) до 10,72% (2019 р.) ріст в 3,31 рази, та 8 % (2020 р.) ріст в 2,47 рази. Проте вже з 2021 р. не зареєструвано жодного випадку даним шляхом передачі. Відмічається зростання інфікування невстановленими чи іншими шляхами передачі: в 2017 р. зареєстровано 23 випадки (74,19%), а у 2023 р. — 29 випадків (96,67%), ріст на 6 випадків (в 1,3 рази) (таблиця 2.7) [51–57].

У структурі вірусних гепатитів найбільша кількість зареєстрованих ХГС. Значний відсоток інфікування ХГС припадає на: вживання ін’єкційних наркотиків — від 31 випадку у 2017 р. (10,23 %) до 47 випадків у 2023 р. (11,63 %), ріст в 1,13 рази, незахищений секс — 33 випадки у 2017 р. (10,89 %), дещо знизився показник у 2023 р. — 30 випадків (7,43%), зниження в 1,46 рази. Найбільший відсток інфікування ХГС припадає на невстановлені чи інші шляхи передачі — 235 випадків у 2027 р. (77,56%) та 306 випадків у 2023 р. (75,74%), ріст на 71 випадок. Також присутні шляхи інфікування через переливання крові, де спостерігається значний ріст з 4 випадків (1,32 %) у 2017 р. до 15 випадків (3,72 %) 2023 р., ріст у 2,8 рази. Протягом 2017–2023 років зареєстровано 1 випадок інфікування нозокоміальною інфекцією ХГС (2020 р.), та по 8 випадків інфікування через гемодіаліз в 2019 р. — 2 випадки (0,69%) та в 2023 р. — 6 випадків (1,49%), ріст в 2,15 рази (таблиця 2.7) [51–57].

Таблиця 2.8

Вікова структура захворюваності на ГГВ, ХГВ у Львівській області за 2017–2023 роки

	Вік	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
		всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%
Гострий гепатит В	0-14 років	-		1	0,94	2	2,89	-		-		-		-	
	15-24 років	10	9,9	13	12,15	10	14,5	6	9,38	3	5,45	1	1,54	2	1,9
	25- 49 років	51	50,5	46	42,99	19	27,54	35	54,68	15	45,45	27	41,53	38	36,19
	50 +	40	39,6	47	43,92	38	55,07	33	35,94	27	49,5	37	56,93	65	61,91
Хронічний гепатит В	0-14 років	-		-		-		-		-		-		-	
	15-24 років	4	4	6	8,7	4	62,5	-		2	3,85	2	4	-	
	25- 49 років	62	62	35	51,2	39	60,93	32	76,2	34	65,38	24	48	56	48,7
	50 +	34	34	28	40,1	21	32,82	10	23,8	16	30,77	24	48	59	51,3

При ГГВ найбільша кількість хворих припадає на вікову групу 50+ і спостерігається тенденція до зростання кількості випадків саме у цій віковій групі. Так у 2017 р. кількість хворих у групі 50+ становила 39,6% (40 осіб) від загальної кількості зареєстрованих випадків, а вже у 2023 р. кількість хворих зросла до 61,91% (65 осіб), ріст на 22,31%. Високі показники захворюваності

реєструвалися також у віковій групі 25–49 років від 27,27 % (35 випадків) у 2020 р. до 45,83 % (38 випадків) у 2023 р., ріст на 18,56 %. У віковій групі 15–24 роки спостерігається тенденція до зниження показників захворюваності. Так у 2017 р. відсоток захворілих у цій віковій групі склав — 9,9 % (10 осіб), а вже у 2023 р. лише 1,9% (2 особи), зниження у 5,2 рази. У 2018 та 2019 роках було зареєстровано випадки захворювань на ГГВ у віковій групі 0–14 років 0,94 % (1 особа) та 2,5% (2 особи) відповідно (таблиця 2.8) [51–57].

Найбільш уразливою групою населення при ХГВ була вікова група 25–49 років. Хоча протягом 2017–2023 років спостерігається дещо зниження по захворюваності у цій віковій групі. У 2017 р. зареєстровано 62 випадки (62%) від загальної кількості захворілих, а у 2023 р. 56 випадків (48,7%), зниження у 1,27 рази. На вікову групу 50+ припадало від 10 випадків (23,8%) у 2020 р. до 59 випадків (51,3%) у 2023 р., ріст у 2,15 рази. У віковій групі 0–14 років у період 2017–2023 роки на ХГВ не зареєстровано жодного випадку (таблиця 2.8) [51–57].

Таблиця 2.9

Вікова структура захворюваності на ГГС, ХГС у Львівській області 2017–2023 роки

	Вік	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
Гострий гепатит С	0-14 років	-		-		2	7,15	-		-		-		-	
	15-24 років	4	12,9	2	7,15	2	7,15	6	26,1	1	3,45	1	3,34	1	3,23
	25- 49 років	15	48,4	13	42,85	12	42,85	11	47,8	8	27,58	12	40	11	35,48
	50 +	12	38,7	14	50	12	42,85	6	26,1	20	68,97	17	56,66	19	61,29

Хронічний гепатит С	0-14 років	-		-		1	0,35	-		-		2	0,8	1	0,24
	15-24 років	11	3,64	5	2,2	3	1,04	21	10,19	1	0,54	2	0,8	6	1,48
	25- 49 років	170	56,1	115	50,67	176	61,54	132	63,46	101	54,3	133	53,42	229	56,68
	50 +	122	40,26	107	47,13	106	37,07	55	26,44	84	45,16	112	44,98	168	41,58

У 2017–2020 роках високі показники захворюваності на ГГС припадали на вікову групу 25–49 років від 48,4% (15 випадків) у 2017 р. до 47,8 % (11 випадків) у 2020 р., з 2021 р. спостерігається зниження захворювваності у цій віковій групі до 27,58 % у 2021 р. та 35, 48% у 2023 р. відповідно. У віковій структурі 50+ навпаки спостерігається поступовий ріст захворювання з 38,7 % (12 випадків) у 2017 р. до 61,29 % (19 випадків) у 2023 р., ріст в 1,58 рази. Захворювання у віковій групі 0-14 років зареєстровано лише у 2019 р. — 7,15 % (2 випадки) від загальної кількості захворілих осіб (таблиця 2.9) [51–57].

ХГС реєструється найбільше у віковій групі 25–49 років від 170 випадків (56,1 %) у 2017 р. до 229 випадків (56,68 %) у 2023 р., ріст на 59 випадків. Високий відстоток захворювань реєструється у віковій групі 50+ від 26,44 % (84 випадки) у 2020 р. до 41,58 % (168 випадків) у 2023 р. У віковій групі 15–24 роки спостерігається тенденція до зниження захворюваності, так у 2020 р. зареєстровано 21 випадок (10,19 %), а вже у 2023 р. було виявлено 6 випадків (1,48%), зниження на 15 випадків. У віковій групі 0–14 років захворювання реєструвалися у 2019 р. (1 випадок — 0,35%), у 2022 р. (2 випадки — 0,8%), у 2023 р. (1 випадок — 0,24 %) (таблиця 2.9) [51–57].

Одним з важливих заходів із запобігання поширенню ВГ й успішного їх лікування є своєчасна й вірогідна діагностика, яка проводиться державними та приватними закладами охорони здоров’я, вірусологічними лабораторіями. Визначаються серологічні маркери вірусних гепатитів у сироватках крові хворих та

здорових осіб методом імуноферментного аналізу (ІФА), молекулярно-генетичним методом за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) дозволяє швидко й вірогідно ідентифікувати наявність нуклеїнових кислот збудника навіть у наднизьких концентраціях та є одним з найважливіших методів діагностики. Також застосовується метод імунохроматографічного аналізу (швидкі тести) [70].

Дослідження зразків сироваток крові проводиться з діагностичною метою та за епідеміологічними показаннями. Результати досліджень відображені в галузевій звітній формі (40-здоров).

Для проведення аналізу з діагностики вірусних гепатитів у Львівській області області за 2014–2023 роки були використані дані ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

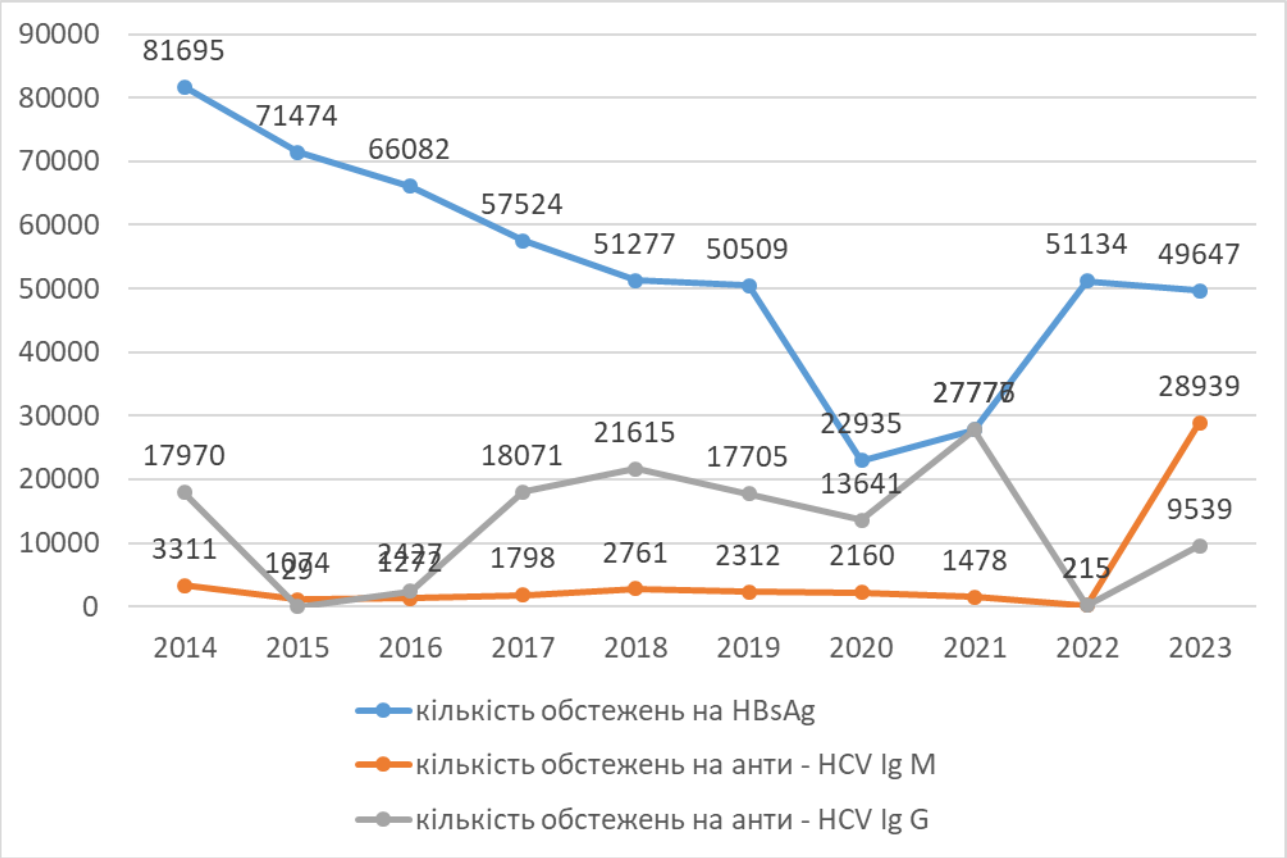


Рис. 2.17 –Кількість обстежень на виявлення маркерів ГВ та ГС з метою епідеміологічного нагляду у Львівській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.17 спостерігається тенденція до зменшення кількості проведених обстежень на виявлення маркерів ГВ та ГС з метою епідеміологічного нагляду. Якщо у 2014 р. було проведено 81695

обстежень на виявлення HBsAg , то в 2020 р. проведено лише 22935 досліджень на HBsAg, зниження у 3,56 рази, в 2023 р. проведено 28339 обстежень, порівняно із 2014 р. зниження в 2,88 рази.

Така ж динаміка прослідковується і з діагностикою ГС. У період з 2014 по 2022 роки спостерігається зменшення обстежень, так в 2014 р. обстежено 3311 осіб на виявлення анти-HCV Ig M , а в 2015 р. лише — 1074 особи, зниження в 3,08 рази, в 2012 р. обстежено 1478 осіб, зниження в 2,24 рази, у 2023 р. обстежено 2151 особа, зниження обстежень порівняно із 2014 р. в 1,53 рази.

Найбільшу кількість обстежень на анти-HCV Ig G проведено у 2021 р. — 27777 обстежень, в 2022 р. (перший рік повномасштабної російської військової агресії) було проведено 215 обстежень, зниження в 129 разів, в 2023 р. проведено 9539 обстежень, в порівнянні з 2021 р. — зниження в 2,9 рази (рис.2.17)[48–57].

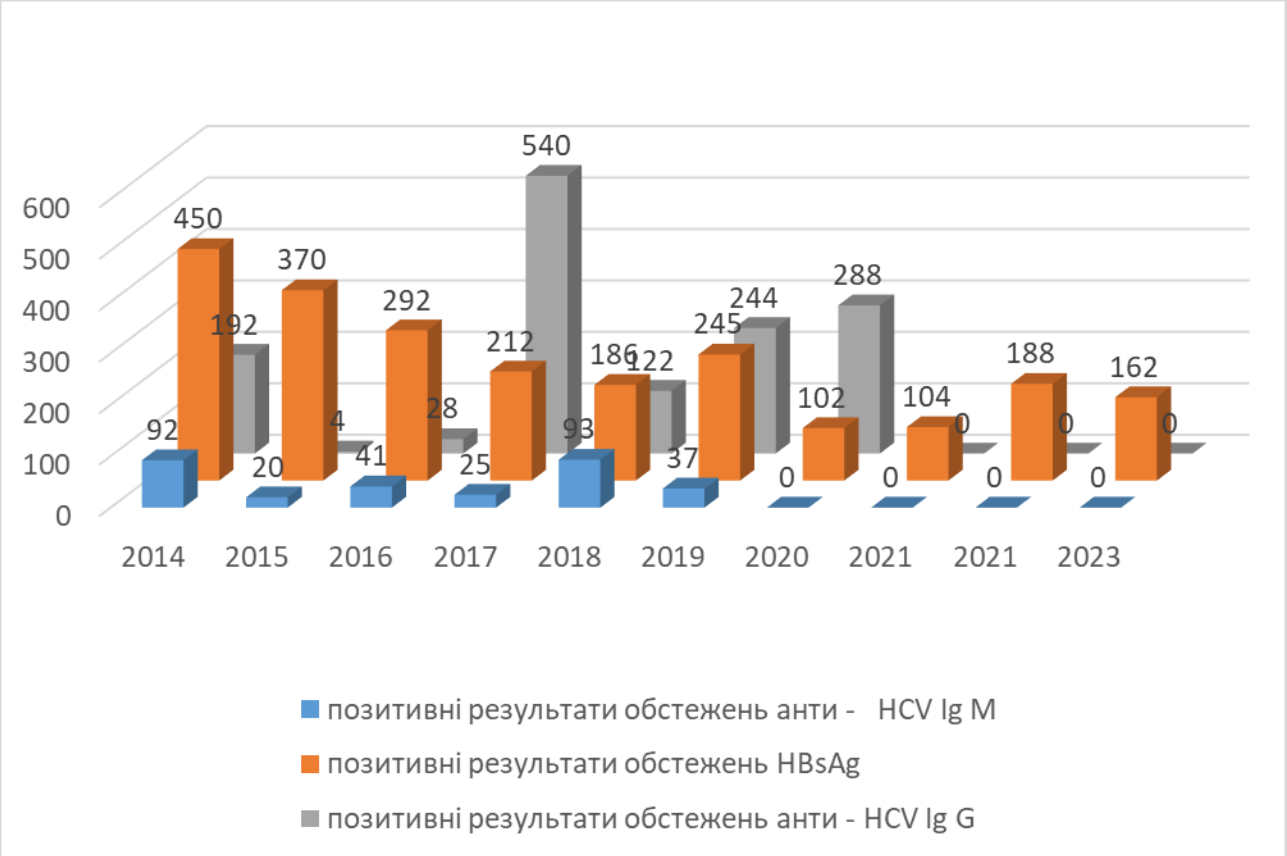


Рис. 2.18 - Кількість виявлених осіб з позитивним анти-HCV Ig M та анти-HCV Ig G, HBsAg у Львівській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.18, простежується тенденція до зменшення кількості виявлених осіб з HBsAg. Якщо у 2014 р. було зафіксовано

450 випадки (0,55 % від загальної кількості протестованих осіб), то у 2018 р. відмічено лише 186 випадків (0,36 % від протестованих осіб), зниження у 2,41 рази, ще нижчий показник був у 2023 р. (виявлено осіб з HBs Ag — 162, що склало 0,32 % від загальної кількості протестованих осіб), порівняно з 2014 р. зниження в 2,77 рази.

З 2014 р. до 2023 р. кількість виявлених хворих з антитілами до вірусу гепатиту С у Львівській області коливалася в межах від 565 до 0 випадків. Найбільна кількість інфікованих пацієнтів була виявлена у 2017 р. (серед 19869 обстеженних осіб, позитивний результат виявили у 565 чоловік, що склало 2,84 % від загальної кількості протестованих чоловік), при цьому у 2021 р. було обстежено 29254 чоловік, у 2022 р. — 215 чоловік, у 2023 р. — 37837 осіб, та не виявлено жодного позитивного результату (рис.2.18)[48–57].

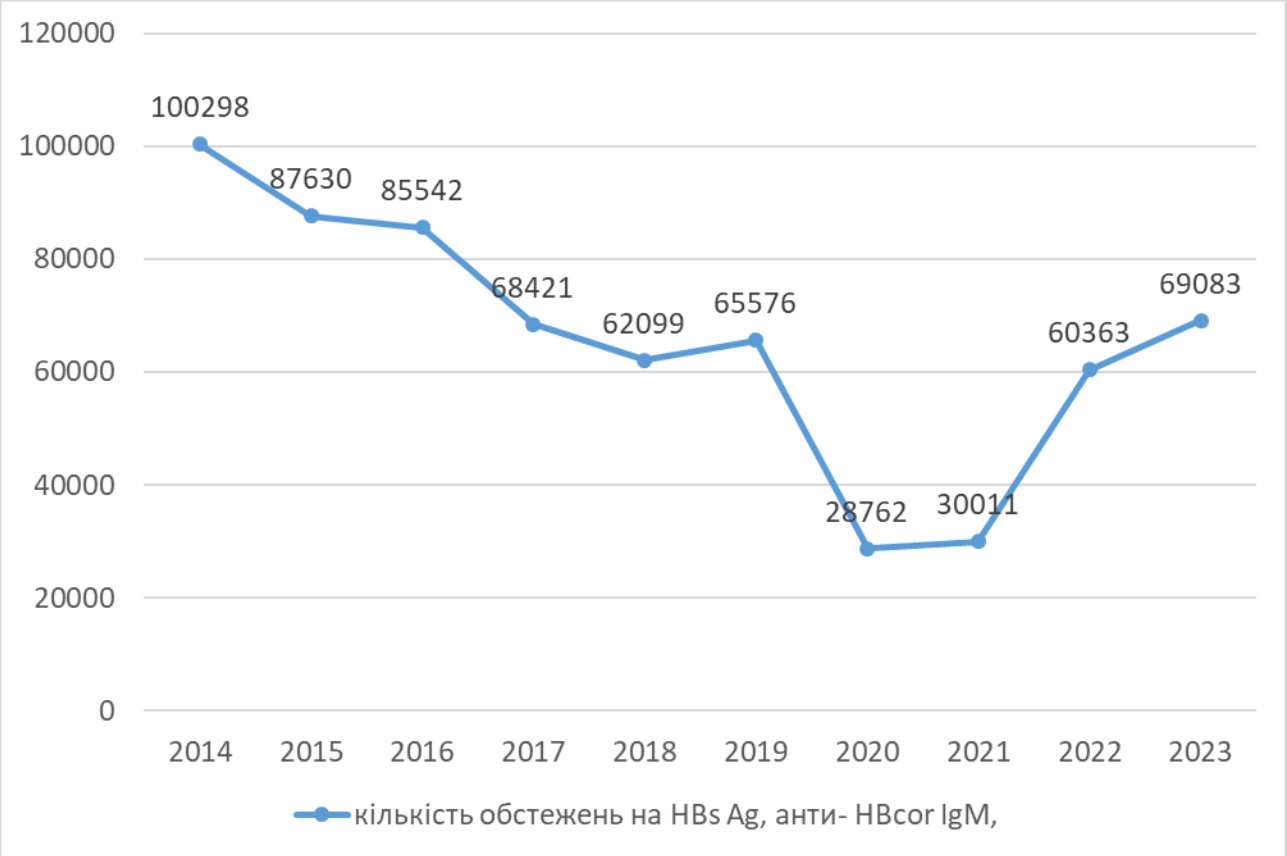


Рис. 2.19 – Кількість обстежень на HBs Ag, та анти-HBcor IgM проведених із діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду державними та приватними закладами у Львівській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

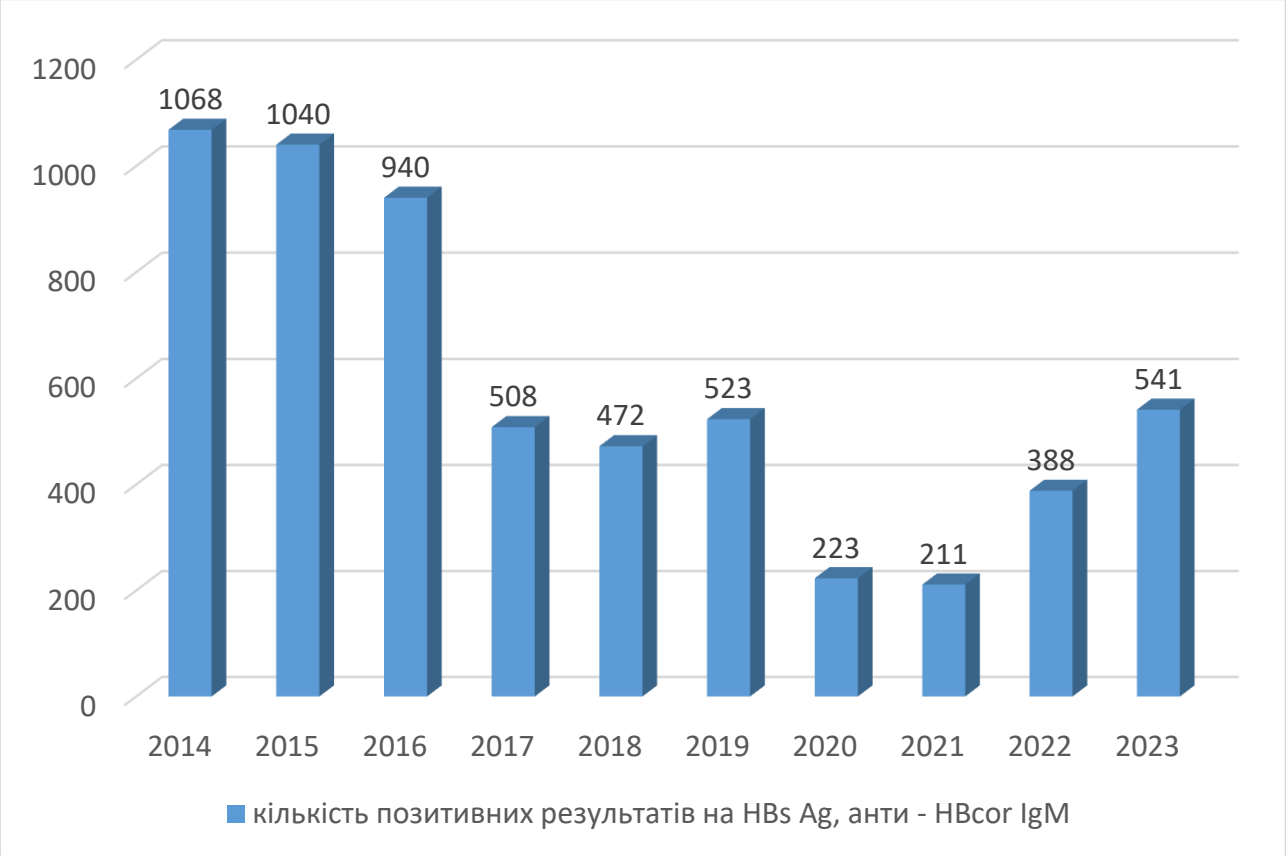


Рис. 2.20 – Кількість виявлених осіб з позитивним HBsAg, анти-HBcorIgM у Львівській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

У 2014 р. кількість обстежень на маркери ГВ в досліджуваний період була найвищою і склала 100298 осіб, з них у 1068 (1,06%) осіб виявлені маркери ГВ. На протязі наступних років спостерігаємо зменшення загальної кількості обстежень, так в 2020 р. було проведено 28762 обстежень, з них 223 (0,77%) позитивних (зменшення протестованих осіб в 3,48 рази та кількості осіб в яких виявили маркери ГВ в 4,78 рази в порівнянні з 2014 р.). Дещо збільшилась кількость обстежень в 2022 р. — 60363 та 2023 р. — 69083, з них позитивних — 338 (0,55%) в 2022 р. та 541 (0,78%) позитивний результат відповідно у 2023 р. (рис.2.19, 2.20) [48–57].

Основним, найбільш дієвим заходом профілактики ГВ є проведення профілактичних щеплень дітям та дорослим. Вакцинація проти ГВ розпочинається новонародженим у пологових будинках та відділеннях відповідно до вимог Календаря профілактичних щеплень, затвердженого наказом МОЗ України від 11.08.2014 № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в

Україні», зареєстрованого в Міністерстві юстиції 13.10.2014 за №№ 1237/26014–1239/26016

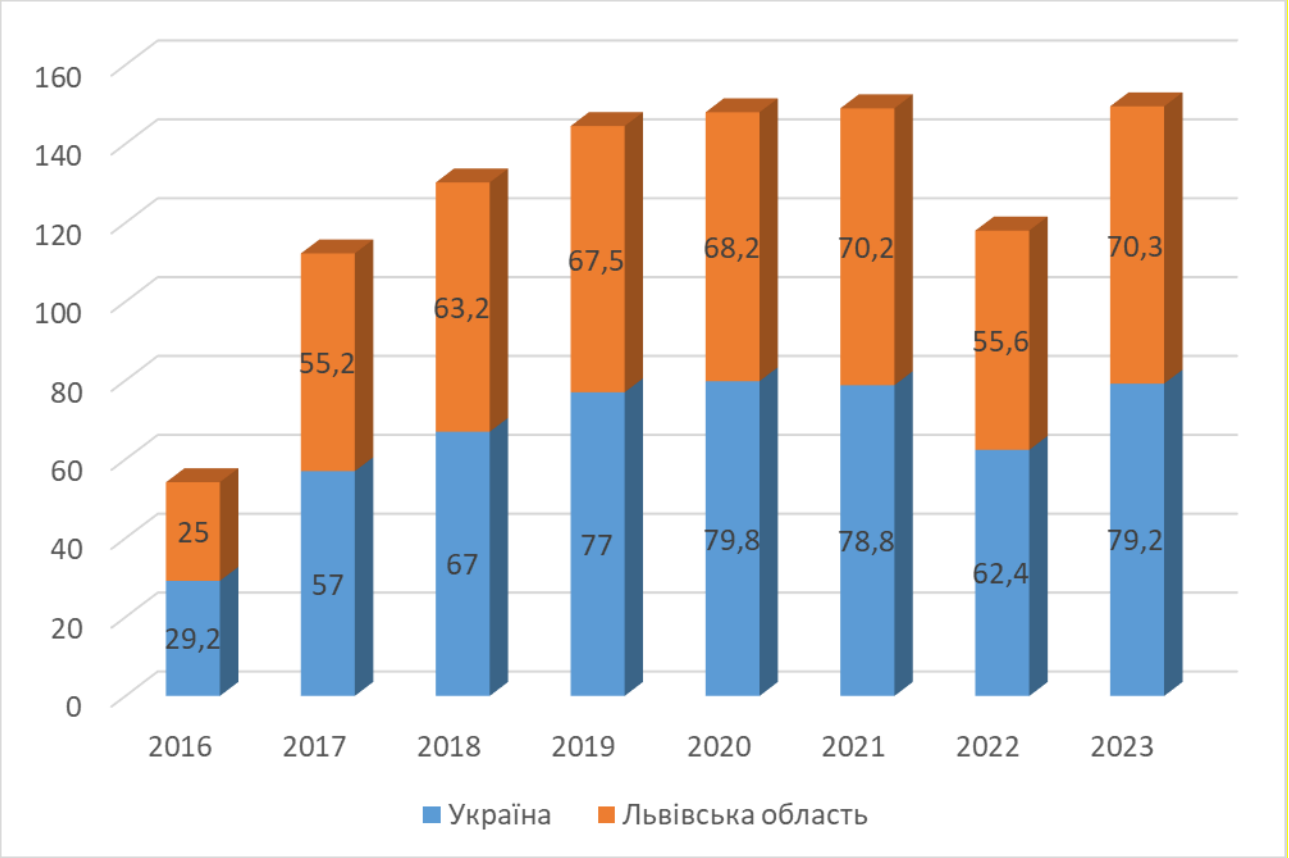


Рис. 2.21 – Виконання плану щеплень до року проти вірусного гепатиту В в Україні та Львівській області за 2016–2023 роки (%)

Аналіз щеплень проти ГВ показав, що протягом 2016–2023 років показники виконання щеплень проти ГВ у Львівській області були нижчими ніж загалом по Україні. Якщо у 2021 р. показник виконанн щеплень проти ГВ у Львівській області становив 70,2% (по Україні — 78,8%), то у 2022 р. цей показник суттєво знизився до 55, 6% (по Україні — 62,4%). У 2023 р. показник виконання щеплень проти ГВ у Львівській області виріс до 70,3% (по Україні — 79,2%) (рис.2.21) [60–69].

2.2. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Рівненській області за 2014–2023 роки

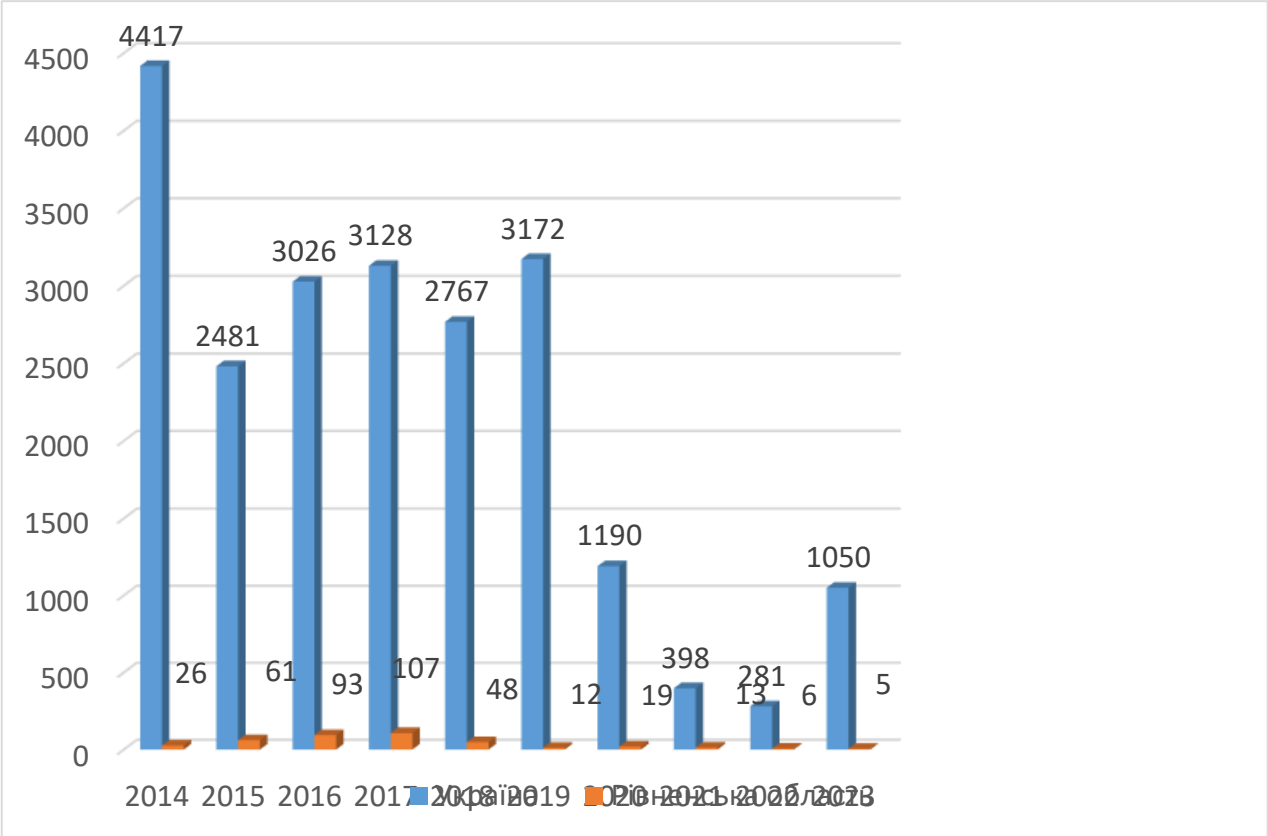


Рис. 2.22 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на вірусний гепатит А згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

Рис. 2.23 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на вірусний гепатит А згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

У Рівненській області протягом 2016–2017 рр. показники захворюваності ГА були вищі від середньодержавного показника, в 1,1 рази (2016 р.) та 1,2 рази (2017 р.). З 2017 р. по 2023 р. в Рівненській області спостерігалося зниження захворюваності ГА (з 9,22 до 0,43 випадків на 100 тисяч населення (зниження в 21 раз) (рис.2.22, рис.2.23) [48–57].

Таблиця 2.10

Вікова структура захворюваності на вірусний гепатит А у Рівненській області за 2017–2023 роки

	Вік	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
Гепатит А	0-14 років	24	22,43	10	20,83	1	8,34	3	15,78	2	15,38	1	16,66	1	20
	15-24 років	17	15,88	12	25	8	66,66	7	36,85	4	30,77	2	33,34	1	20
	25- 49 років	50	46,73	18	37,5	3	25	5	26,32	6	46,16	2	33,34	1	20
	50 +	16	14,96	8	16,67			4	21,05	1	7,69	1	16,66	2	40

У віковій структурі ГА спостерігаємо, що з 2017 р. найбільша кількість захворювань припадала на вік 25–49 років (50 осіб, 46,73 %,) та вже у 2023 р. у цій віковій групі захворіло лише 20% (1 випадок) осіб від загальної кількості хворих, зниження у 2,33 рази. Спостерігалася тенденція до росту захворювання на ГА у віковій групі 15–24 роки з 15,88 % (17 осіб) у 2017 р. до 66,66% (8 осіб) у 2019 р. (ріст у 4,19 рази), проте в 2023 р. на цю вікову категорію припадало лише 20% (1 випадок). Відмічається зниження захворюваності ГА у віковій групі

0–14 років: у 2017 р. було зареєстровано 24 випадки (22,43%), у 2022 р.та 2023 р. зареєстровано лише по 1 випадку захворювання (16,66% та 20% відповідно), зниження на 23 випадки. У віковій групі 50+ в період 2017 -2020 роки питома вага захворюваності коливається в межах 14,96% (16 випадків) 2017 р. до 21,05% (4 випадки) 2020 р., найнищий показник був у 2021 р. — 7,69% (1 випадок), найвищий у 2023 р. — 40% (2 випадки) (таб.2.10) [48–57].

Таблиця 2.11

Результати обстеження на вірусний гепатит А у Рівненській області з діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду за 2014–2023 роки

Роки	Обстеження з діагностичною метою		Обстеження з метою епідеміологічного нагляду	
	Кількість обстежених осіб	З них з позитивним результатом	Кількість обстежених осіб	З них з позитивним результатом
2014	42	20	145	-
2015	1	1	82	8
2016	97	89	294	12
2017	106	106	200	12
2018	48	48	74	9
2019	286	12	133	0
2020	118	19	27	-
2021	148	13	6	-
2022	18	6	11	-
2023	6	3	23	2

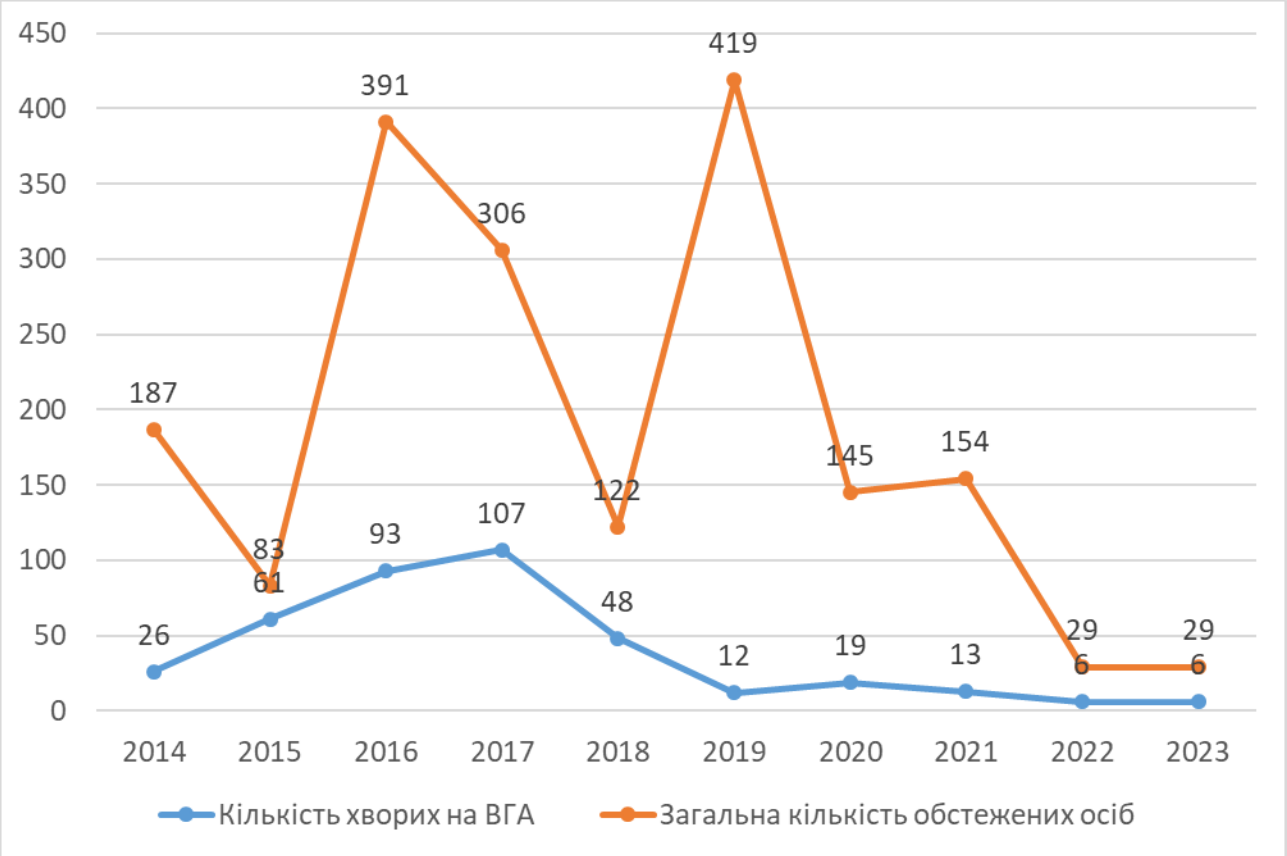
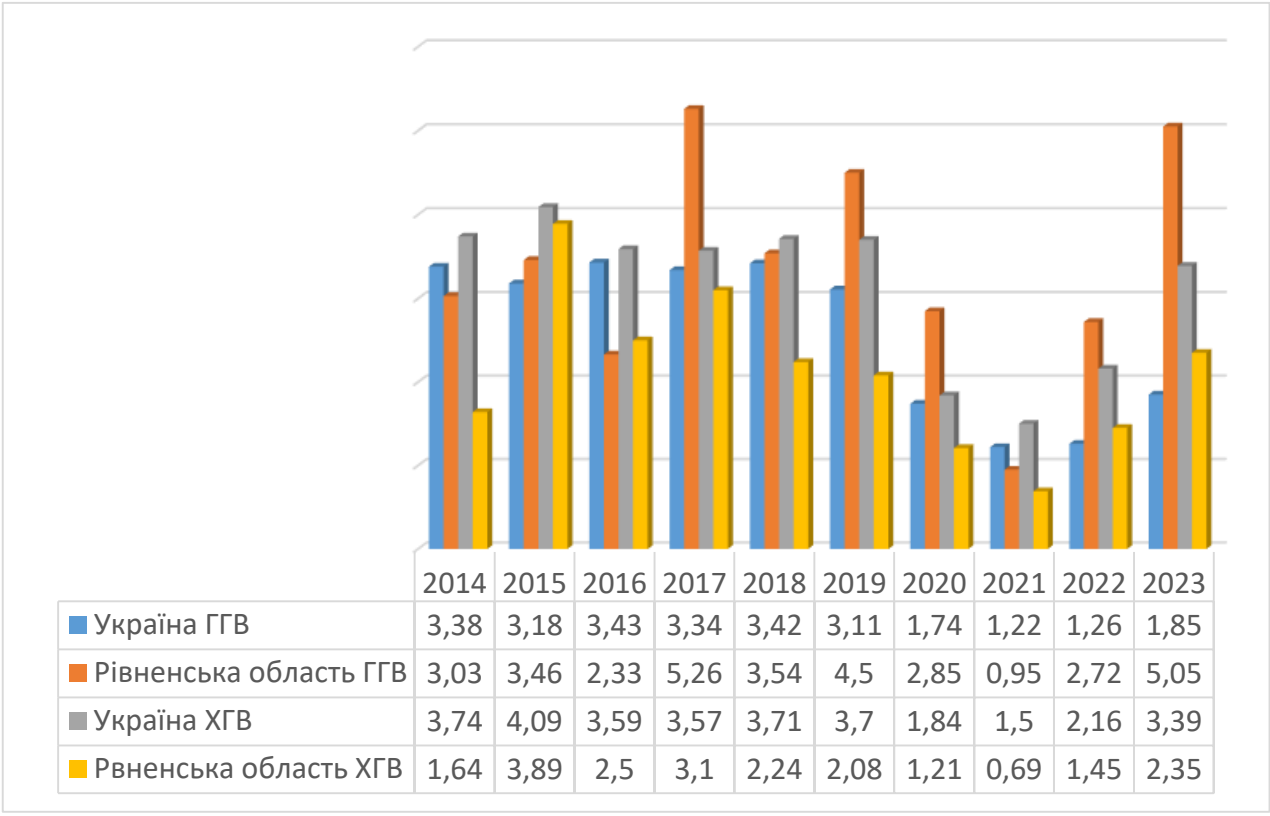


Рис. 2.24 – Динаміка захворюваності та обстеження на вірусний гепатит А у Рівненській області з діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду за 2014–2023 роки

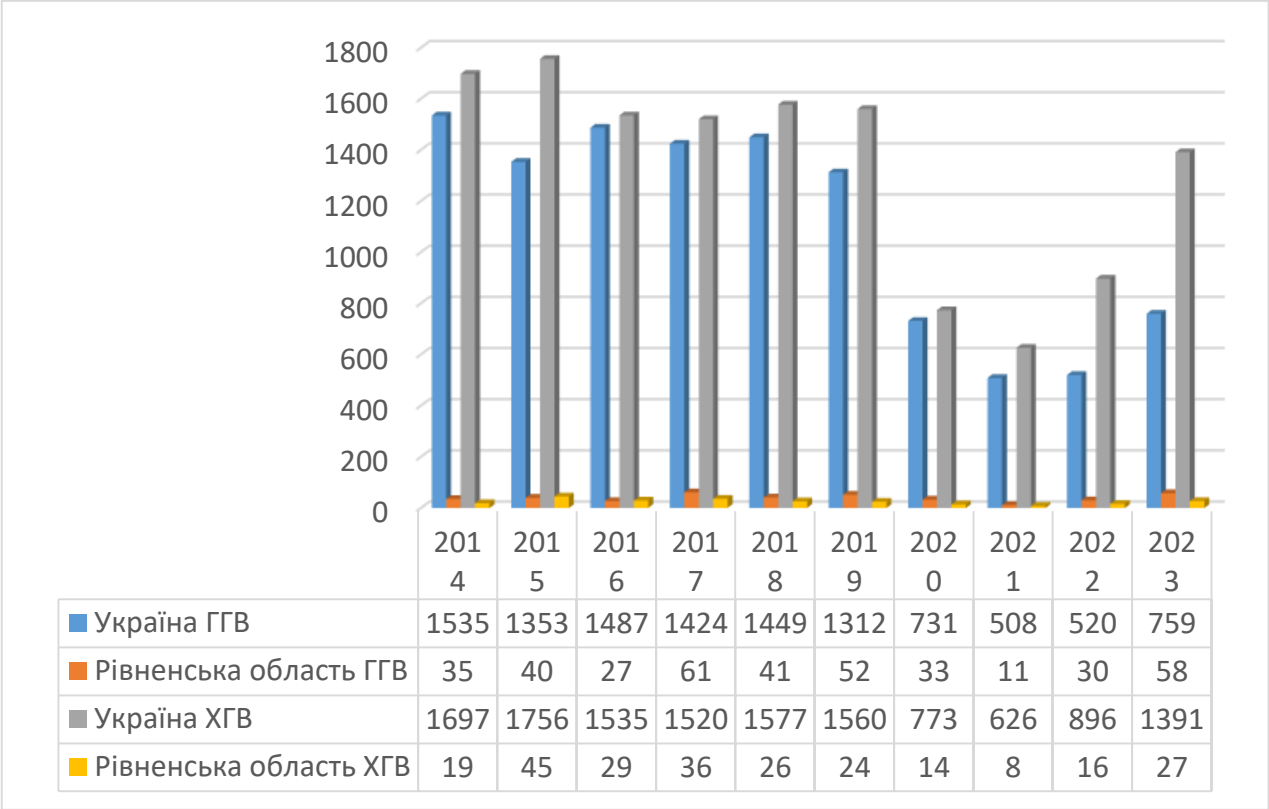
Аналізуючи динаміку захворюваності на ГА та кількість обстежень проведених з діагностичною метою та з метою епіднагляду у Рівненській області за 2014–2023 роки бачимо, що при найвищій захворюваності в області в 2017 р. (107 випадків) обстежено 306 осіб (з діагностичною метою — 106 осіб, з них з позитивним результатом — 106 (100%) , з метою епіднагляду — 200 осіб, з них з позитивним результатом —12 (6%)). У 2019 р. зареєстровано 12 випадків ГА, при цьому лабораторно обстежено 419 осіб (з діагностичною метою — 286 осіб, з них з позитивним результатом — 12 (4,2 %) з метою епіднагляду — 133 особи, позитивні результати не реєструвалися). Тобто бачимо, що співвідношення кількості проведених обстежень до кількості зареєстрованих випадків захворювань на ГА різне, що можливо було пов’язано з наявністю діагностичних тест-систем (рис. 2.24, таблиця 2.11) [48–57].



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГВ	3,38	3,18	3,43	3,34	3,42	3,11	1,74	1,22	1,26	1,85
Рівненська область ГГВ	3,03	3,46	2,33	5,26	3,54	4,5	2,85	0,95	2,72	5,05
Україна ХГВ	3,74	4,09	3,59	3,57	3,71	3,7	1,84	1,5	2,16	3,39
Рвненська область ХГВ	1,64	3,89	2,5	3,1	2,24	2,08	1,21	0,69	1,45	2,35

Рис. 2.25 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на ГГВ та ХГВ згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення).

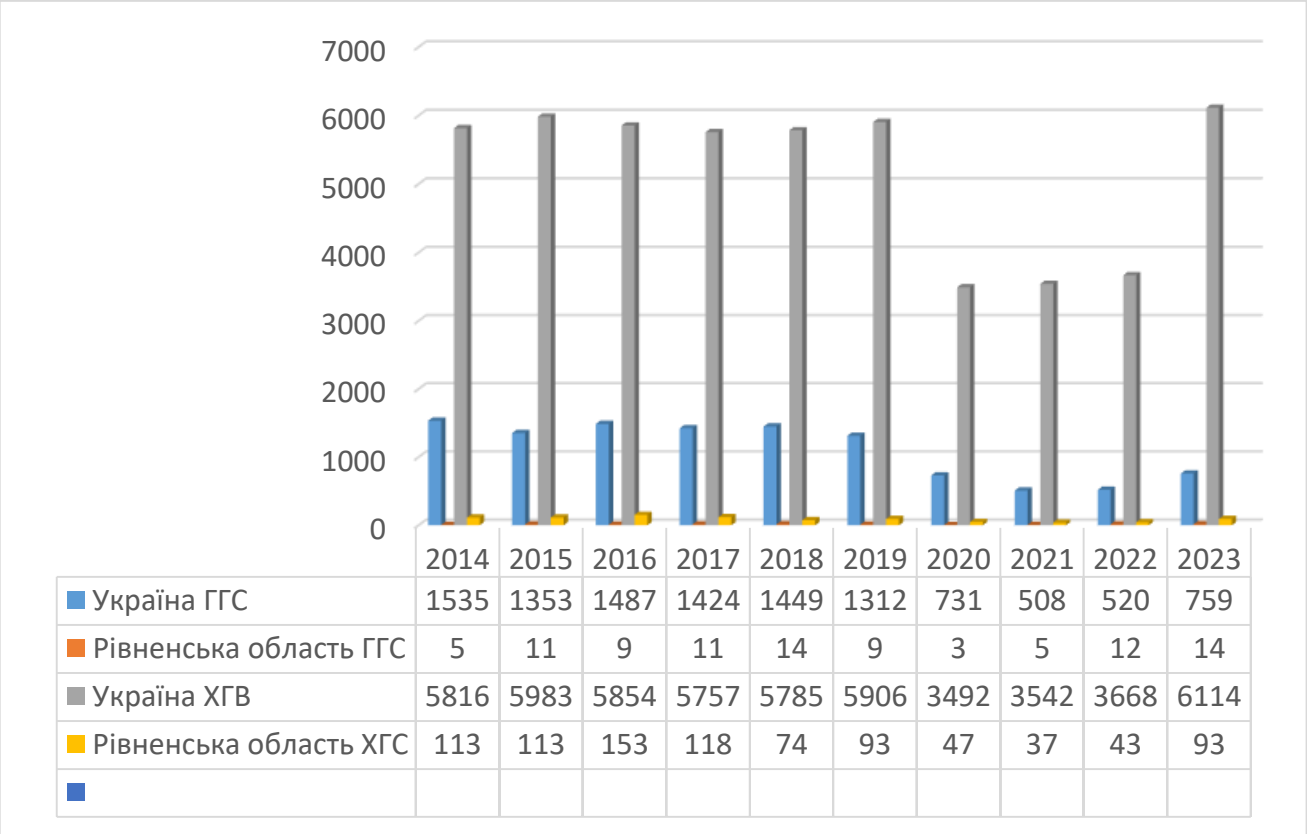
Результати аналізу захворюваності по звітних формах №1,2 показали, що у Рівненській області за період 2015, 2017–2020, 2022–2023 роки показники захворюваності на ГГВ були вищі середньодержавних показників: 2017 рік згідно зі звітом обласний показник становив 5,26 випадки на 100 тис.населення, що було в 1,57 рази вище, ніж в в Україні (3,34). У 2020 р. показник захворюваності ГГВ становив 2,85 і був в 2,26 рази вищий, ніж в Україні (1,26). Після повномаштабного вторгнення росії на територію України спостерігається різке збільшення захворюваності ГГВ з 0,95 (2021 р.) до 5,05 (2023 р.), ріст в 5,34 рази. Показник захворюваності ГГВ у Рівненській області у 2023 р. був вищим середньодержавного показника в 2,72 рази (5,05 та 1,85 відповідно) (рис.2.25, рис. 2.26) [71–72].



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГВ	1535	1353	1487	1424	1449	1312	731	508	520	759
Рівненська область ГГВ	35	40	27	61	41	52	33	11	30	58
Україна ХГВ	1697	1756	1535	1520	1577	1560	773	626	896	1391
Рівненська область ХГВ	19	45	29	36	26	24	14	8	16	27

Рис. 2.26 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на ГГВ та ХГВ згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах)

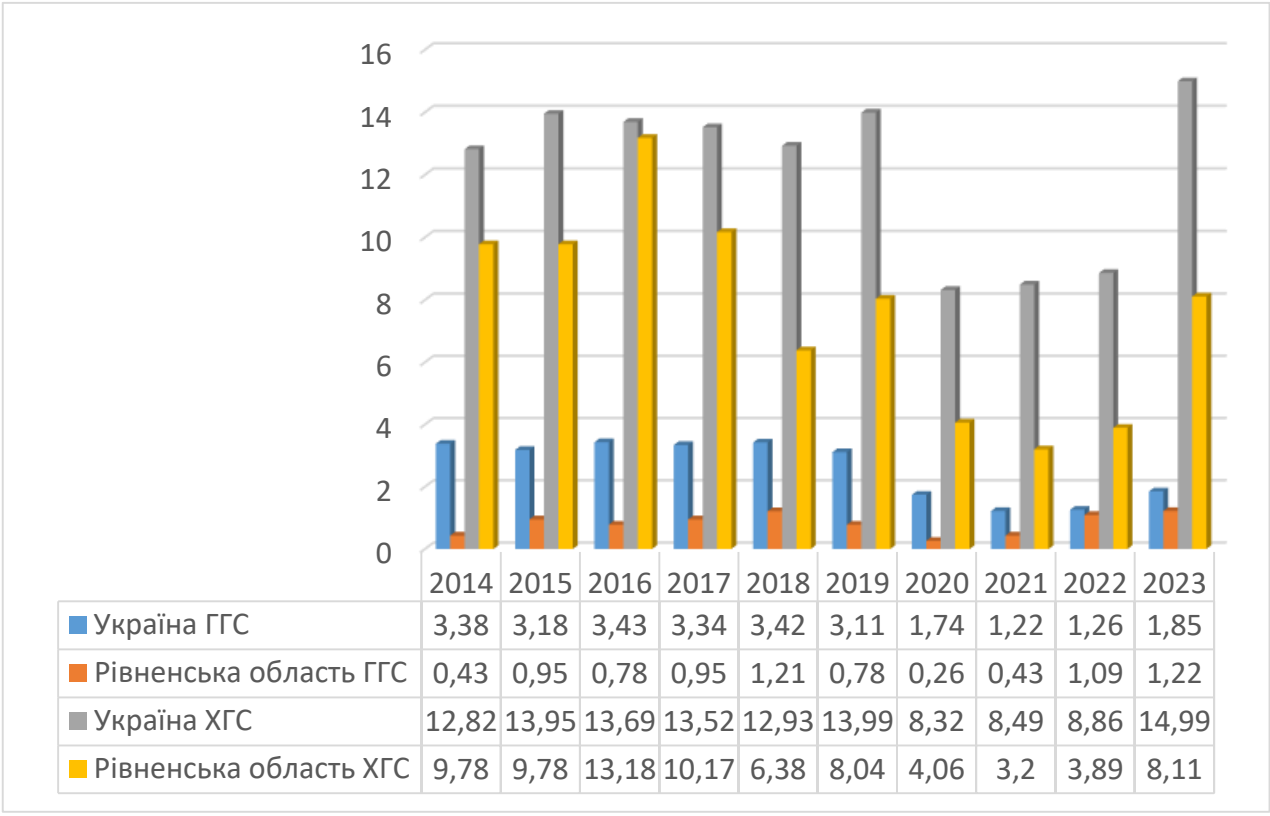
Показники захворюваності на ХГВ у 2014–2023 роках у Рівненській області були нижчі середньодержавного показника. З 2017 р. по 2021 р. спостерігалося зниження рівня захворюваності ХГВ з 3,1 до 0,69, зниження в 4,49 рази. У 2023 р. відбувся ріст захворюваності на ХГВ до 2,35 випадки на 100 тисяч населення, збільшення порівняно із 2021 р. в 3,4 рази, хоча показник захворюваності у 2023 р. у Рівненській області був на 30,6% нижче показника захворюваності ХГВ в Україні (3,39 випадки на 100 тис.населення) (рис.2.25, рис.2.26) [48–57].



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГС	1535	1353	1487	1424	1449	1312	731	508	520	759
Рівненська область ГГС	5	11	9	11	14	9	3	5	12	14
Україна ХГВ	5816	5983	5854	5757	5785	5906	3492	3542	3668	6114
Рівненська область ХГС	113	113	153	118	74	93	47	37	43	93

Рис. 2.27 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на ГГС та ХГС згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в абсолютних числах на 100 тисяч населення)

У 2014 р. захворюваність ГГС у Рівненській області становила 0,43 випадки на 100 тис.населення та була нижче захворюваності в Україні на 87,2 % (3,38 випадки на 100 тисяч населення). У 2018 р. захворюваність на ГГС на території Рівненської області зросла до 1,21 випадок на 100 тисяч населення, ріст в 2,21 рази. Також спостерігається ріст захворюваності ГГС в 4,69 рази в 2023 р. до 1,22 випадки на 100 тисяч населення порівняно з 2020 р. (0,26). В той же час захворюваність ГГС у Рівненській області 2014–2023 роки була нижчою середньодержавного показника в 7,86 рази (2014 р.), в 3,34 рази (2015 р.), в 4,39 рази (2016 р.), в 3,51 рази (2017 р.), в 3,05 рази (2018 р.), в 3,98 рази (2019 р.), в 6,69 рази (2020 р.), в 2,83 рази (2021 р.), в 1,15 рази (2022 р.), в 1,51 рази (2023р.) (рис.2.27; 2.28) [48–57].



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна ГГС	3,38	3,18	3,43	3,34	3,42	3,11	1,74	1,22	1,26	1,85
Рівненська область ГГС	0,43	0,95	0,78	0,95	1,21	0,78	0,26	0,43	1,09	1,22
Україна ХГС	12,82	13,95	13,69	13,52	12,93	13,99	8,32	8,49	8,86	14,99
Рівненська область ХГС	9,78	9,78	13,18	10,17	6,38	8,04	4,06	3,2	3,89	8,11

Рис. 2.28 – Динаміка захворюваності населення в Україні та Рівненській області на ГГС та ХГС згідно зі звітом по формі №1 за 2014–2023 роки (в інтенсивних на 100 тисяч населення)

За період 2014–2023 роки захворюваність на ХГС у Рівненській області була на 23,7% нижче середньодержавного показника в 2014 р. та становила 9,78 випадки на 100 тис.населення (в Україні — 12,82), в 2015 р. — на 29,9% (9,78 випадків на 100 тис.населення, а в Україні 13,95 випадків на 100 тис. населення), в 2016 р. — на 3,73 % (13,18, а в Україні — 13,69), в 2017 р. — на 24,78 % (10,17, а в Україні — 13,52), в 2018 р. — на 50,66 % (6,38, а в Україні — 12,93), в 2019 р. — на 42,54 % (8,04, а в Україні — 13,99), в 2020 р. — на 51,21% (4,06, а в Україні — 8,32), в 2021 р. — на 62,75 % (3,2, а в Україні — 8,49), в 2022 р. — на 56,1 % (3,89, а в Україні), в 2023 р. — на 43,87 % (8,11, а в Україні — 14,99). Аналізуючи показники захворюваності ХГС у Рівненській області та в пероід з 2016 р. по 2021 р. спостерігається зниження захворюваності, так інтенсивний показник у 2016 р. становив 13,18 випадків на 100 тисяч наслення, а в 2021 р. — 3,2 випадки на 100 тисяч населення, зниження в 4,11 рази. Та вже у 2023 р.

спостерігається ріст захворювання на ХГС коли інтенсивний показник становив 8,11 (ріст в 2,53 рази порівняно із 2021 р.) (рис.2.27; 2.28) [48–57].

Проаналізуємо дані з таблиці 9.2 форми державної статистичної звітності № 40-здор. «Звіт про роботу обласної санітарно-епідеміологічної станції» на вірусні гепатити за статтю, віком та шляхом передачі. Систематизуємо основні шляхи передачі ГГВ, ХГВ, ГГС та ХГС за період 2017–2023 роки у Рівненській області у таблицях 2.12 та 2.13

Таблиця 2.12

Структура захворювань на ГГВ та ХГВ за шляхами передачі у Рівненській області за 2017–2023 роки (в абсолютних числах та %)

	Шляхи передачі	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
Гострий гепати В	Вживання ін'єкційних наркотиків	3	4,92	1	2,45	4	7,69	1	3,07			2	6,67		
	Незахищений секс	8	13,12	8	19,53					2	18,19	2	6,67	3	5,17
	Від матері до дитини														
	Переливання крові	4	6,56	3	7,3					1	9,09				
	Гемодіаліз	2	3,27	4	9,75	2	3,84	2	6,06					2	3,44
	Нозокоміальна інфекція	4	6,55			10	19,23	5	15,15					9	15,53

	Інше та невідомо	40	65,57	25	60,97	36	69,23	25	75,75	8	72,72	26	86,86	44	75,86
Хронічний гепати В	Вживання ін'єкційних наркотиків			1	3,85										
	Незахищений секс									1	12,5	1	6,25		
	Від матері до дитини														
	Переливання крові														
	Гемодіаліз													1	3,71
	Нозокоміальна інфекція					1	4,16	1	7,15						
	Інше та невідомо	36	100	25	96,15	23	95,84	13	92,85	7	87,5	15	93,75	26	96,29

У структурі шляхів передачі ГГВ спостергіється зменшення інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків: у 2019 р. на цей шлях інфікування припадає — 7,69 %, а у 2022 р. — 6,67% (зниження в 1,15 раз), у 2023 р. не зареєстровано жодного випадку інфікування через вживання ін’єкційних наркотиків. Спостерігається також зниження інфікування ГГВ через незахищений секс, так в 2019 р. відсоток інфікування складав — 19,53 % (8 випадків), а у 2023 р. — 5,17 % (3 випадки), зниження у 3,77 рази. Зареєстровано також випадки інфікування під час переливання крові: у 2017 р. — 4 випадки (6,56%), у 2018 р. — 3 випадки (7,3 %) та у 2021 р. — 1 випадок (9,09%) від усіх випадків зареєстрованого ГГВ. З 2017 р. до 2023 р. спостерігалося зростання інфікування шляхом передачі нозокоміальної інфекції з 6,55% (2017 р.) до 15,53

% (2023 р.), ріст в 2,37 рази. Хоча в 2018 р., 2021 р., 2022 р. не зареєстровано жодного випадку інфікування даним шляхом передачі. Також присутнє інфікування невстановленими чи іншими шляхами передачі, так в 2017 р. зареєстровано 40 випадків (65,57%), а у 2023 р. 44 випадків (75,86 %) ріст в 1,15 рази (таблиця 2.12) [48-57].

При проведенні аналізу шляхів інфікування ХГВ за 2017–2023 роки встановлено наступне: шлях інфікування від вживання ін'єкційних наркотиків реєструвався лише в 2018 р. — 1 випадок (3,85%), також зареєстровано 1 випадок (3,71 %) інфікування через проведення гемодіалізу в 2023 р. В 2021 р. та 2022 р. зареєстровано по 1 випадку інфікування через незахищений секс. В 2019 р. та 2020 р. зарєстровано по 1 випадку інфікування від нозокоміальної інфекції — 4,16 % (2019 р.) та 7,15 % (2020 р.) відповідно. Значну питому вагу складають випадки з невідимими та іншими шляхами передачі, так в 2017 р. зареєстровано 36 таких випадків (100%), та 2018 р. — 2023 р. — показник інфікування становив від 87,5 % (7 випадків) у 2020 р. до 96,29% (26 випадків) у 2023 р. (ріст в 1,1 рази) (таблиця 2.12) [48–57].

Таблиця 2.13

Структура захворювань на ГГС та ХГС за шляхами передачі у Рівненській області за 2017–2023 роки (в абсолютних числах та %)

Гострий гепатит В	Шляхи передачі	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
		всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%
Гострий гепатит С	Вживання ін'єкційних наркотиків			1	7,14					2	40	1	8,33		
	Незахищений секс	1	9,1									1	8,33		
	Від матері до дитини														
	Переливання крові														

	Гемодіаліз					2	22,22						1	7,14
	Нозокоміальна інфекція					1	11,12	2	66,67				1	7,14
	Інше та невідомо	10	90,9	13	92,85	6	66,66	1	33,33	3	60	10	83,34	12	85,72
Хронічний гепатит С	Вживання ін'єкційних наркотиків	2	1,68	3	4,05	3	3,22	3	6,41			6	13,92	1	1,07
	Незахищений секс	2	1,68			2	2,16	6	12,76	5	13,52	5	11,63	3	3,23
	Від матері до дитини														
	Переливання крові														
	Гемодіаліз							1	2,2					2	2,16
	Нозокоміальна інфекція	4	3,36					5	10,63					5	5,37
	Інше та невідомо	111	93,28	71	95,95	88	94,62	32	68,08	32	86,48	32	74,42	82	88,17

У структурі шляхів передачі ГГС інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків спостерігається наступне: у 2018 р. — 1 випадок (7,14 %), в 2021 р. — 2 випадки (40%), у 2022 р. — 1 випадок (8,33%), зниження на 1 випадок порівняно із 2021 р. Інфікування ГГС через незахищений секс реєструвалося по 1 випадку 2017 р. (9,1%) та 2022 р. (8,33%) роки. В області відмічено інфікування через гемодіаліз: у 2019 р. зареєстровано 2 випадки (22,22%), а у 2023 р. — 1 випадок (7,14%), зниження у 3,11 рази. Інфікування шляхом передачі нозокоміальної інфекції реєструвалися на рівні 1–2 випадки, відсток інфікування в 2020 р. становив — 66,67% (2 особи). Питома вага випадків з невідомими та іншими шляхами передачі за період спостереження дещо зижувались: у 2017 р. зареєстровано 10 випадків (90,9%), у 2023 р. — 12 випадків (85,72%), зниження у

1,06 рази, хоча в абсолютних числах спотерігається ріст на 2 випадки (таблиця 2.13) [48–57].

Інфікування ХГС через вживання ін'єкційних наркотиків у 2018–2020 рр. зареєстровано по 3 випадки від 4,05 % (2018 р.) до 6,41% (2020 р.), та вже у 2022 р. було зареєстровано 6 випадків (13,92%, ріст у 3,43 рази порівняно із 2018 р.), у 2023 р. зареєсторовано лише 1 випадок (1,07%). Майже кожного року у досліджуваний період (окрім 2019 р.) реєструвалися випадки інфікування через незахищений секс, найвищий показник був у 2020 р. — 6 випадків (12,76%), у 2023 р. — 3 випадки (3,23%), зниження у 3,95 рази. Також присутні шляхи інфікування через проведення гемодіалізу: у 2020 р. зареєстровано 1 випадок (2,2%), у 2023 р. — 2 випадки (2,16%). У 2017 р., 2020 р., 2023 р. зареєстровано інфікування ХГС через нозокоміальну інфекцію: 4 (3,36%) випадки у 2017 р. та 5 випадків (5,37%) у 2023 р. ріст в 1,6 рази. Щороку реєструвалися випадки з невідомими та іншими шляхами передачі. Так в 2017 р. зареєстровано 111 випадків (93,28%), а у 2023 р. — 82 випадки (88,17%), зниження в 1,05 рази (таблиця 2.13) [48–57].

Таблиця 2.14

Вікова структура захворювань на ГГВ, ХГВ у Рівненській області за 2017–2023 роки

	Вік	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
		всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
Гострий гепатит В	0-14 років	9	14,75	3	7,31	1	1,92	1	3,03						
	15-24 років	9	14,75	3	7,31	3	5,76	4	12,13	3	27,27	8	26,66	6	10,34
	25- 49 років	30	49,18	19	46,35	23	44,24	18	54,54	7	63,64	12	40	24	41,38
	50 +	13	21,32	16	39,03	25	48,08	10	30,3	1	9,09	10	33,34	28	48,28

Хронічний гепатит В	0-14 років			1	3,91	1	4,16	1	7,14					
	15-24 років			8	30,7	3	12,5					2	12,5	3	11,1
	25- 49 років	26	72,23	12	46,15	13	54,17	4	28,58	6	75	8	50	11	40,74
	50 +	10	27,77	5	19,24	7	29,17	9	64,28	2	25	6		13	48,15

У Рівненській області найбільша кількість хворих ГГВ припадає на вікову групу 25–49 років, але спостерігається тенденція до зменшення кількості випадків саме у цій віковій групі. Так у 2017 р. кількість хворих у групі 25–49 років становила 30 випадків (49,18 %) від загальної кількості зареєстрованих випадків, а вже у 2023 р. кількість хворих зменшилась до 24 випадків (41,38 %), зниження у 1,18 рази (на 6 випадків). Високі показники питомої ваги захворювань реєструвалися також у віковій групі 50 + років від 21,32 % (13 випадків) у 2017 р. до 48,28 % (28 випадків) у 2023 р., ріст у 2,26 рази (на 15 випадків). У віковій групі 15–24 роки спостерігається тенденція до зниження показників захворюваності. Якщо у 2017 р. відсоток захворілих у цій віковій групі склав — 14,75 % (9 випадків), то вже у 2023 р. — 10,34 % (6 випадків), зниження у 1,42 рази (на 3 випадки). З 2017 р. по 2020 р. були зареєстровані випадки захворювань на ГГВ у віковій групі 0–14 років 14,75 % (9 випадків), у 2020 р. знизилась кількість хворих у цій віковій групі до 3,03 % (1 випадок), зниження у 4,86 рази (на 8 випадків). З 2021 р. захворювання у віковій групі 0–14 років не реєструвалися (таблиця 2.14) [48–57].

Найбільш уразливою групою населення при ХГВ була вікова група 25–49 років, хоча протягом 2017–2023 років спостерігається зниження захворюваності у цій віковій групі. У 2017 р. зареєстровано 26 випадків (72,23 %) хворих 25–49 років від загальної кількості захворілих, а у 2023 р. — 11 випадків (40,74%), зниження на 15 випадків. На вікову групу 50+ припадало від 10 випадків (27,27%) у 2017 р. до 13 випадків (48,15%) у 2023 р., ріст у 1,76 рази. Зареєстровані випадки ХГВ у віковій групі 15–24 роки: 30,7% (8 випадків) від загальної кількості хворих реєструвалося у 2018 р. та у 2023 р. цей показник знизився до 11,1 % (3 випадки), зниження у 2,76 рази. У 2018–2020 роках було зареєстровано по 1 випадку захворювання ХГВ у

віковій групі 0–14, в інші роки в цій віковій групи не було зареєстровано жодного випадку захворювання (таблиця 2.14) [48–57].

Таблиця 2.15

Вікова структура захворюваності на ГГС, ХГС у Рівненській області за 2017–2023 роки

	Вік	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
		всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%	всього	%
Гострий гепатит С	0-14 років														
	15-24 років	1	9,09	1	7,14									1	7,14
	25- 49 років	6	54,5	4	28,9	6	66,6	3	100	2	40	6	50	10	41,3
	50 +	4	36,37	9	64,18	3	33,34			3	60	6	50	3	48,28
Хронічний гепатит С	0-14 років	19	15,96												
	15-24 років			1	1,35	2	2,05	1	2,13	9	24,3	2	4,65	1	1,07
	25- 49 років	51	42,85	53	71,62	55	59,5	36	76,59	15	40,54	22	51,17	52	55,91
	50 +	49	41,18	20	27,03	36	38,7	10	21,28	13	35,14	19	44,18	40	43,02

У віковій структурі ГГС високі показники захворюваності припадали на вікову групу 25–49 років від 54,5% (6 випадків) у 2017 р. до 41,3 % (10 випадків) у 2023 р. У 2020 р. 100% (3 випадки) були хворі із вікової групи 25–49 років. У віковій групі 50+ теж реєструються високі показники питомої ваги ГГС: у 2018 р. зареєстровано 9 випадків (64,18%), у 2023 р. — 3 випадки (48,28 %), зниження у 1,32 рази. На протязі 2017 р., 2018 р. та 2023 р. зареєстровано по 1 випадку захворювань ГГС у віковій групі 15–24 роки, у віковій групі 0–14 років не зареєстровано жодного випадку хахворювання на ГГС (таблиця 2.15).

Стабільно високі показники питомої ваги захворювань на ХГС реєструється у віковій групі 25–49 років від 51 випадку (42,85 %) у 2017 р. до 52 випадків (55,91 %) у 2023 р. та у віковій групі 50+ — від 49 випадків (41,18%) у 2017 р. до 40 випадків (43,02%) у 2023 р. У віковій групі 15–24 роки найбільша кількість хворих зареєстрована у 2021 р. — 9 випадків (24,3%), в інші роки реєструвалося по 1–2 випадки захворювань на ХГС. У віковій групі 0–14 років у 2017 р. зареєстровано 19 випадків (15,96%) хворих ХГС, з 2018 р. по 2023 р. у цій віковій групі не зареєстровано жодного випадку захворювання на ХГС (таблиця 2.15) [48–57].

Проведемо аналіз з діагностики ГВ та ГС у Рівненській області області за 2014–2023 роки та використаємо дані ДУ «Рівнеський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

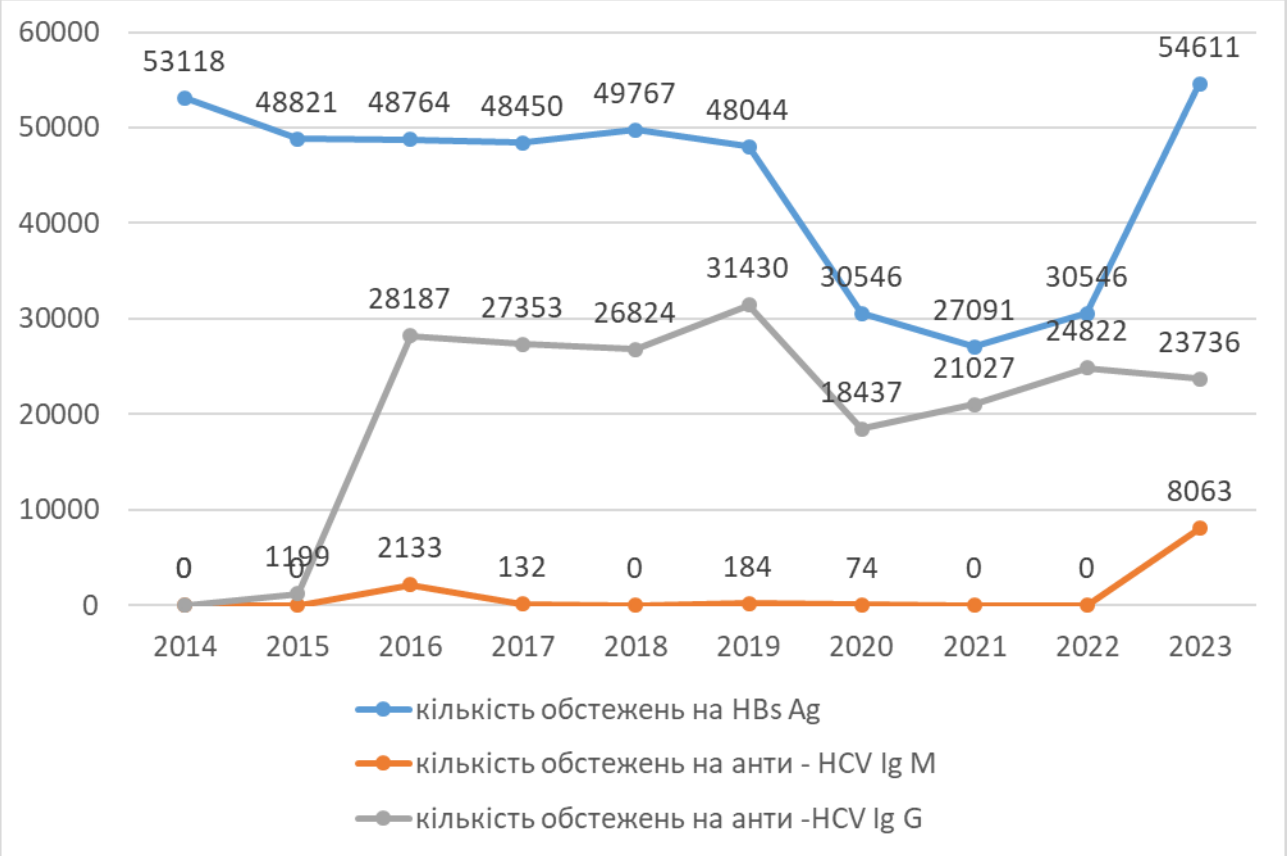


Рис. 2.29 – Кількість обстежень на виявлення захворювань на ВГВ, ВГС з метою епідеміологічного нагляду у Рівненській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.29, в період з 2015 р. по 2021 р., спостерігається тенденція до поступового зменшення кількості проведених обстежень на виявлення захворювань на ВГВ з метою епідеміологічного нагляду. Якщо у 2014 р. було проведено 53118 обстежень на виявлення HBsAg, то в 2021 р. проведено лише 27091 таких обстежень, зниження у 1,96 рази, в 2023 р. було проведено 54611 досліджень на HBsAg (порівняно із 2021 р. ріст в 2,01 рази) [48–57].

Дещо інша динаміка прослідковується з діагностикою ВГС. В 2014 р., 2015 р., 2021 р., 2022 р. не обстежено жодної особи на виявлення анти-HCV Ig M , в 2016 р. — обстежено 2133 особа, а вже в 2019 р. обстежено — 184 особи (тобто зменшення кількості обстежень порівняно із 2016 р. в 11,5 раз), в 2023 році обстежено — 8063 особи (збільшення кількості обстежень в 3,7 рази порівняно з 2016 роком) [48–57].

Не проводилось жодного обстеження на анти-HCV Ig G у 2014 році. У 2015 році обстежено — 1199 особа, а вже у 2019 році обстежено — 31430 осіб (збільшення кількості обстежень в 26 разів), дещо знизився показник обстежень у 2023 році і становив — 23736 осіб (зниження кількості обстежень у порівнянні із 2019 роком в 1,3 рази) [48–57].

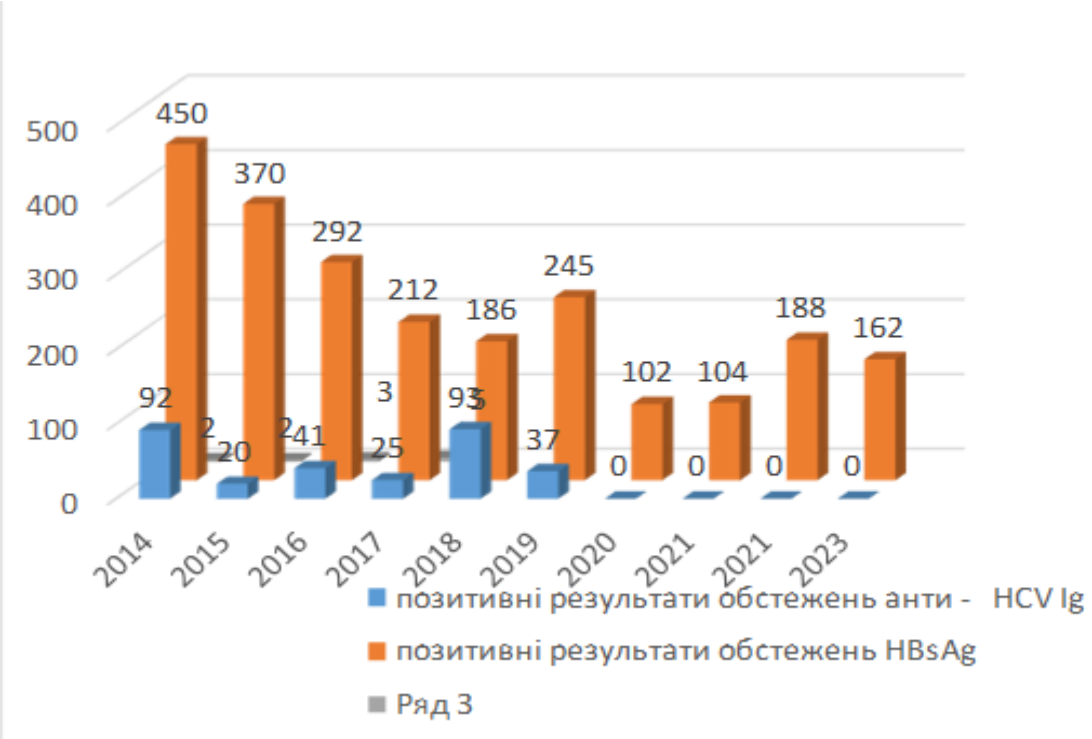


Рис. 2.30 – Кількість виявлених осіб з позитивним анти-HCV Ig M та анти-HCV Ig G, HBsAg у Рівненській області при проведенні обстежень з метою

епідеміологічного нагляду за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.30, простежується тенденція до зменшення кількості виявлених осіб з HBsAg. Якщо у 2014 р. було зафіксовано 525 випадків (0,98 % від загальної кількості протестованих осіб), то у 2020 р. зареєстровано лише 85 випадків (0,27 % від загальної кількості протестованих осіб), зниження у 3,6 рази, ще нижчий показник у 2021 р., виявлено осіб з HBs Ag — 54 (0,19 % від загальної кількості протестованих осіб), порівняно з 2014 р. зниження в 5,15 рази.

Із 2014 р. до 2023 р. кількість виявлених хворих з антитілами до вірусу гепатиту С у області коливалася в межах від 105 до 625 випадків. Найбільна кількість хворих виявлено у 2019 році, при обстеженні 31430 осіб на анти-HCV Ig G, позитивний результат виявили у — 625 чоловік (1,98 % від загальної кількості протестованих чоловік), при цьому у 2021 році обстежено — 21027 чоловік, позитивний результат виявили у 105 чоловік (0,49% від загальної кількості протестованих осіб), зниження у 4 рази. При обстеженні на виявлення анти-HCV Ig M в 2016 р. було протестовано 2133 особи, з них позитивний результат виявили в 155 осіб (7,2% від загальної кількості протестованих чоловік), в 2023 р. протестовано 8063 особи, з них виявився позитивний результат на анти-HCV Ig M у — 18 осіб (0,22% від загальної кількості протестованих), зниження позитивних результатів у 32 рази [48–57].

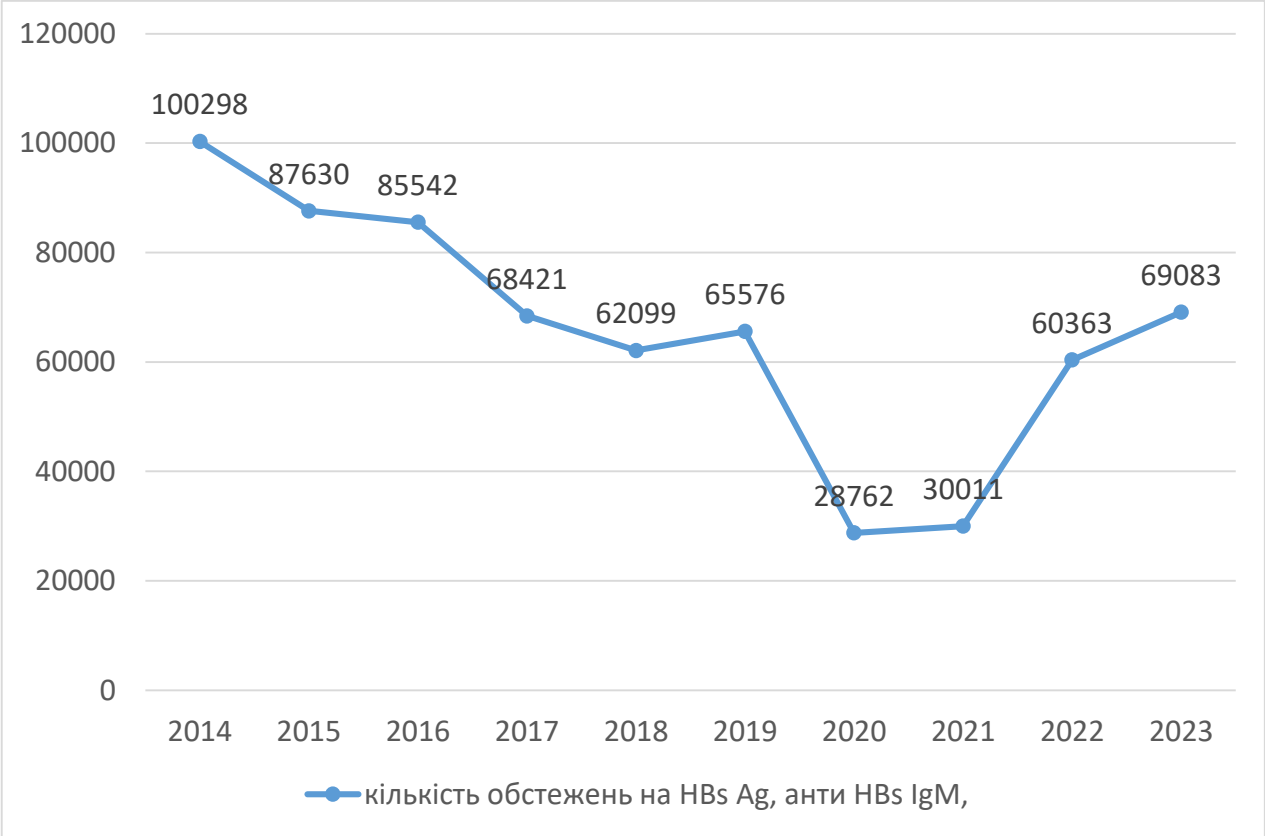


Рис. 2.31 – Кількість обстежень на HBs Ag, анти-HBcor IgM проведених із діагностичною метою та з метою епідеміологічного нагляду державними та приватними закладами у Рівненській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

У 2014 р. та 2023 р. кількість обстежень на HBsAg в досліджуваний період були найвищими і склали 61779 осіб, з них у 750 осіб (1,21 %) виявлено HBs Ag у 2014 р. та у 2023 р. обстежено 61893 особи, з них у 629 осіб (1,01 %) виявлено антитіла до ВГВ. Найменша кількість обстежень була у 2021 р. 32823 обстеження, з них у 134 осіб (0,4%) виявлено HBsAg, зниження порівняно з 2014 р. в 3 рази (рис.2.31, рис.2.31) [48–57].

Рис. 2.32 – Кількість виявлених осіб з позитивним HBsAg, анти-HBcor IgM у Рівненській області за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Проаналізуємо показники вакцинації проти ГВ у Рівненській області дітей віком до 1 року за 2016–2023 роки.

Рис. 2.33 – Виконання плану щеплень дітей віком до 1 року проти вірусного гепатиту В в Україні та Рівненській області за 2016–2023 роки

Щеплення від ВГВ є найефективнішим методом профілактики захворювання та смертності. Вчасне щеплення захищає людину, а загальне

охоплення вакцинацією у 95% може назавжди викорінити захворювання. Інфікування у новонародженому віці становить 90% вірогідності, що ВГВ стане хронічним захворюванням. Приблизно у 30–50% дітей, інфікованих у віці від 1 до 6 років, розвивається хронічний ВГВ. Хронічний гепатит В — невиліковний. Щеплення ефективно попереджує розвиток інфекції та її хронічних наслідків у 96% вакцинованих осіб за умови отримання повної схеми вакцинації, а саме трьох доз. Захист зберігається щонайменше 20 років, а у деяких випадках — протягом усього життя. Щеплення дітей від ВГВ в Україні розпочалось після 2000 року. Протягом 2004–2008 років охоплення вакцинацією становило 84–90%, тоді як у наступні роки було відзначено зниження кількості щеплених через антивакцинальні кампанії, пандемію короновірусної інфекції. Повномасштабна російська військова агресія негативно вплинула на темпи вакцинації в Україні [73].

Аналіз виконнання щеплень проти вірусного гепатиту В (дітей до 1 року) показав, що протягом 2016–2021 років показники виконання щеплень проти ГВ у Рівненській області були нижчими ніж загалом по Україні. У 2016 р. показник виконання щеплень проти ГВ у Рівненській області становив 17,1% (по Україні — 29,2%), хоча у 2020 р. цей показник суттєво зріс до 74,7 % (по Україні — 79,8%), ріст в 4,36 рази. У 2022–2023 рр. показники виконання щеплень проти ГВ у Рівненській області були вище середньодержавного рівня відповідно на 22% та 12% та становили 84,6% у 2022 р. (в Україні 62,4%) та 91,2 % у 2023 р. (в Україні — 79,2%) [60–69].

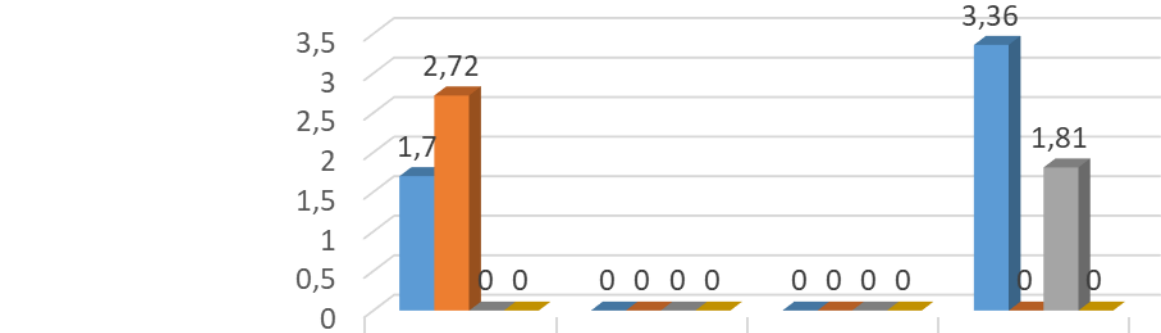
2.4. Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Радивилівській ТГ та Бродівській ТГ за 2020–2023 роки

Згідно з територіальним розподілом Радивилівська ТГ розташована у Рівненській області, а Бродівська ТГ — у Львівській області, дані ТГ межують одна із одною.

Проаналізувавши захворюваність на ГА встановлено, що протягом 2020–2023 років як у Радивилівській ТГ так і в Бродівській ТГ не було зареєстровано жодного випадку ГА.

Захворюваність на ГГВ у Бродівській ТГ у 2017 р. становила 1,7 випадки на 100 тис. населення, що є нижче показника захворюваності у Львівській області (2,55 випадки на 100 тисяч населення) у 1,5 рази, у 2023 р. спостерігаємо тенденцію до зростання захворюваності до 3,36 випадки на 100 тисяч населення, ріст в 1,9 рази (у Львівській області — 4,27 випадки на 100 тисяч наслення). У 2021–2022 роках випадки ГГВ не реєструвалися. ХГВ в Бродівській ТГ зареєстровано лише в 2023 р., інтенсивний показник (1,87), що було у 2,5 рази нижче показника у Львівській оласті (4,68) (рис.2.34) [54–57].

Хворі ГГВ у Радивилівській ТГ реєструвалися лише у 2020 р., інтенсивний показник становив 2,72 випадки на 100 тисяч населенння (Рівненська область — 2,85 випадки на 100 тисяч населення). Випадки ХГВ впродовж 2020–2023 років у Радивилівській ТГ не реєструвалися (рис.2.34) [54–57].



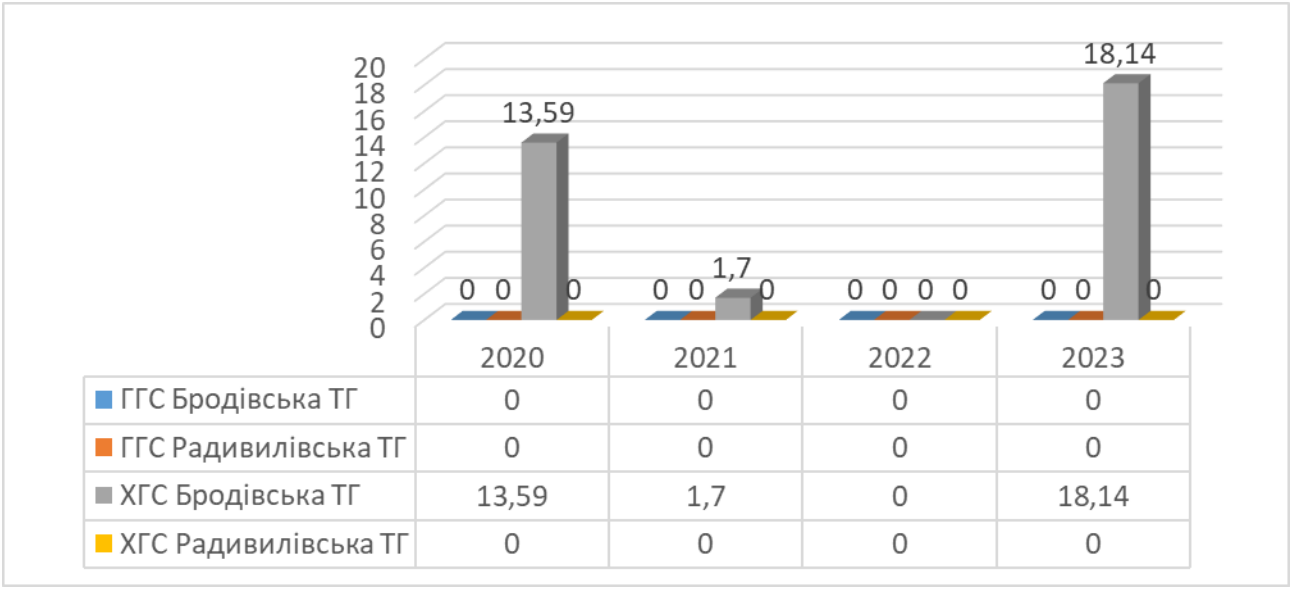
	2020	2021	2022	2023
ГГВ Бродівська ТГ	1,7	0	0	3,36
ГГВ Радивилівська ОТГ	2,72	0	0	0
ХГВ Бродівська ТГ	0	0	0	1,81
ХГВ Радивилівська ТГ	0	0	0	0

Рис. 2.34 – Динаміка захворюваності населення в Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ на ГГВ та ХГВ згідно зі звітом по формі №1,2 за 2020–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

Протягом 2020–2023 років по Бродівській ТГ випадки ГГС не реєструвалися. Проаналізувавши захворюваність на ХГС у Бродівській ТГ

спостерігаємо значний ріст рівня захворюваності. У 2020 р. захворюваність ГГС становила 13,59 випадки на 100 тисяч населення, а у 2023 р. — 18,14 випадки на 100 тисяч населення, ріст у 1,3 рази. Показники захворюваності на ХГС по Бродівській ТГ були вищі ніж середньообласні: у 2020 р. у 1,6 рази (Бродівська ТГ — 13,59; Львівська область — 8,28), у 2023 р. у 1,1 рази (Бродівська ТГ — 18,14; Львівська область — 16,42) (рис.2.35) [54–57].

По Радивилівській ТГ випадки захворювань на ГГС та ХГС впродовж 2020–2023 років не реєструвалися (рис.2.35).



	2020	2021	2022	2023
ГГС Бродівська ТГ	0	0	0	0
ГГС Радивилівська ТГ	0	0	0	0
ХГС Бродівська ТГ	13,59	1,7	0	18,14
ХГС Радивилівська ТГ	0	0	0	0

Рис. 2.35 – Динаміка захворюваності населення в Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ на ГГС та ХГС згідно зі звітом по формі №1,2 за 2020–2023 роки (в інтенсивних показниках на 100 тисяч населення)

Таблиця 2.16.

Питома вага захворювань на ГГВ та ХГВ за шляхами передачі у Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ за 2020–2023 роки (в абсолютних числах та %)

	Назва ТГ	**Шляхи передачі**	**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
			всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
	Бродівська ТГ								1	50

	Радивилівська ТГ	Гемодіаліз								
	Бродівська ТГ	Інше та невідомо	1	100					1	50
	Радивилівська ТГ		1	100						
ХГВ	Бродівська ТГ	Інше та невідомо							1	100
	Радивилівська ТГ									

У структурі шляхів передачі ГГВ по Бродівські ТГ присутнє інфікування невстановленими чи іншими шляхами передачі, так в 2020 р. та 2023 р. зареєстровано по 1 випадку. Також у 2023 р. зареєстровано 1 випадок інфікування через отримання послуг із гемодіалізу. Інфікування ХГВ у 2023 р. відбулося невстановленими чи іншими шляхами передачі — 1 випадок (100%) [54–57].

По Радивилівській ТГ у 2020 р. зареєстровано 1 випадок інфікування ГГВ невстановленими та іншими шляхами передачі. (таблиця 2.16) [54–57].

Таблиця 2.17

Питома вага захворювань на ХГС за шляхами передачі у Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ за 2020–2023 роки (в абсолютних числах та %)

	Назва ТГ	**Шляхи передачі**	**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
			всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
ХГС	Бродівська ТГ	Інше та невідомо	8	100	1	100			10	100
	Радивилівська ТГ									

Основним шляхом передачі ХГС по Бродівській ТГ був шлях інфікування невстановленими та іншими шляхами передачі: в 2020 році - 8 випадків (100%), 2021 рік -1 випадок (100%), 2023 рік – 10 випадків (100%) (таблиця 2.17) [54-57].

Таблиця 2.18

Вікова структура захворюваності на ГГВ, ХГВ у Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ за 2020–2023 роки (в абсолютних числах та %)

	Назва ТГ	**Шляхи передачі**	**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
			всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
ГГВ	Бродівська ТГ	15-24 років							1	50
	Радивилівська ТГ	15-24 років								
	Бродівська ТГ	25- 49 років	1	100					1	50
	Радивилівська ТГ	25- 49 років	1	100						
ХГВ	Бродівська ТГ	50 +							1	100
	Радивилівська ТГ	50 +								

У віковій структурі ГГВ по Бродівській ТГ переважала вікова група 25–49 років: 2020 р. — 1 випадок (100%), 2023 р. — 1 випадок (50%). У 2023 р. зареєстровано 1 випадок інфікування (100%) у віковій групі 15–24 роки. ХГВ зареєстровано у віковій групі 50+ — 1 випадок (100%) у 2023 р. [54–57].

По Радивилівській ТГ 1 випадок інфікування (100%) ГГВ припав на вікову групу — 25-49 років (таблиця 2.18).

Таблиця 2.19

Вікова структура захворюваності на ХГС у Бродівській ТГ за 2020–2023 роки (в абсолютних числах та %)

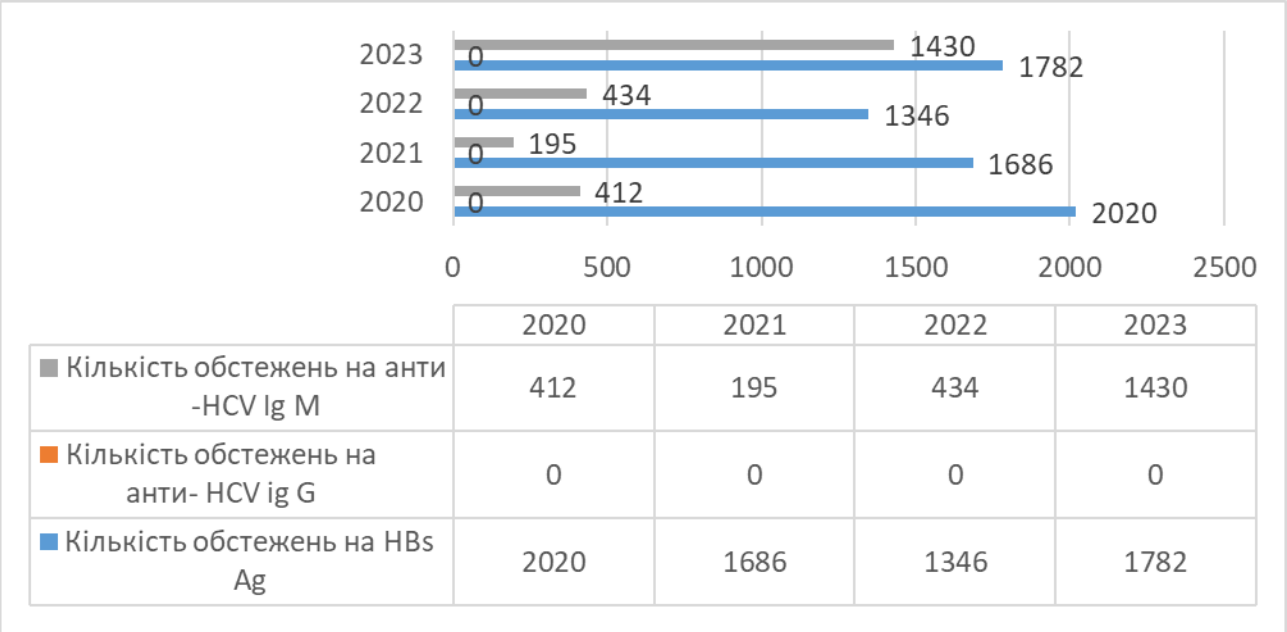
	Назва ТГ	**Шляхи передачі**	**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
			всього	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**	**всього**	**%**
	Бродівська ТГ	25- 49 років	1	12,5	1	100			8	80
ХГС	Бродівська ТГ	50 +	7	87,5					2	20

По Бродівській ТГ спостерігається ріст захворювання на ХГС у віковій групі 25–49 років з 1 випадку (12,5%) у 2020 р. до 8 випадків (80%) у 2023 р., ріст на 7 випадків. У той же час прослідковується тенденція до зниження захворюваності на ХГС у віковій групі 50+ з 7 випадків (87,5%) у 2020 р. до 2 пипадків (20 %) у 2023 р., зниження на 5 випадків (таблиця 2.19) [54–57].

Проведемо аналіз з діагностики ГВ та ГС у Бродівській ТГ та Радивилівській ТГ за 2020–2023 роки та використаємо дані Радивилівського відділу ДУ «Рівнеський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» та Бродівського відділу ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

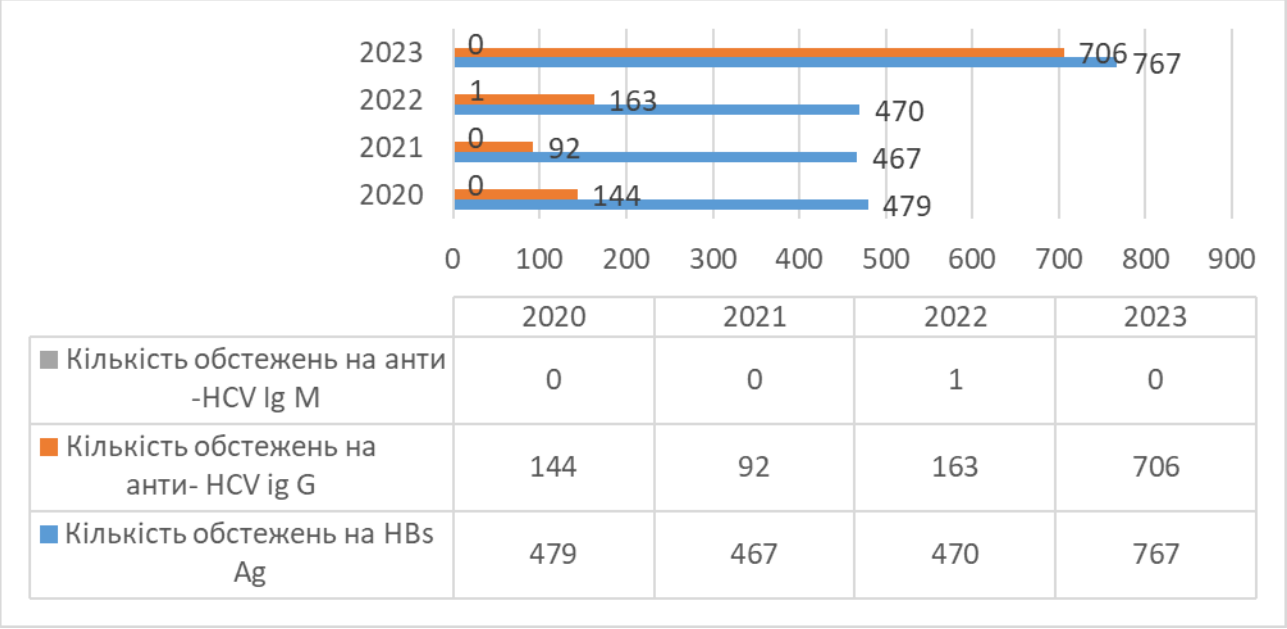
По Бродівській ТГ відповідно до діаграми на рисунку 2.36, бачимо за період з 2020 по 2023 рр. тенденцію до поступового зменшення кількості проведених обстежень на виявлення захворювань на ГВ з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою. Якщо у 2020 р. було проведено 2020 досліджень на виявлення HBsAg, то в 2022 р. обстежено на HBsAg лише 1346 осіб (зниження у 1,5 рази), в 2023 р. проведено — 1782 обстежень (порівняно із 2020 р. зниження в 1,1 рази).

Дещо інша динаміка прослідковується з діагностикою ВГС. У 2020 р. обстежено 412 осіб на виявлення анти-HCV Ig M, в 2022 р. обстежено на цей маркер 434 особи (ріст в 1 раз), в 2023 р. обстежено – 1430 осіб (збільшення кількості обстежень порівняно із 2020 роком в 3,4 рази) [54–57].



	2020	2021	2022	2023
Кількість обстежень на анти -HCV Ig M	412	195	434	1430
Кількість обстежень на анти- HCV ig G	0	0	0	0
Кількість обстежень на HBs Ag	2020	1686	1346	1782

Рис. 2.36 – Кількість обстежень на виявлення захворювань на ГВ та ГС з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою у Бродівській ТГ за 2020–2023 рр. згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.



	2020	2021	2022	2023
Кількість обстежень на анти -HCV Ig M	0	0	1	0
Кількість обстежень на анти- HCV ig G	144	92	163	706
Кількість обстежень на HBs Ag	479	467	470	767

Рис. 2.37 – Кількість обстежень на виявлення захворювань на ГВ та ГС з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою у Радивилівській ТГ за 2020–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.37 по Радивилівській ТГ спостерігається тенденція до збільшення кількості проведених обстежень на виявлення захворювань на ГВ та ГС з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою. Якщо у 2020 р. було проведено 479 обстежень на виявлення ГВ, то в 2023 р. проведено 767 досліджень на HBsAg (ріст у 1,6 рази) [54–57].

Така ж динаміка прослідковується і з діагностикою ВГС. У період з 2020 по 2023 роки спостерігається збільшення обстежень, так в 2020 р. обстежено 144 особи на виявлення анти-HCV Ig G, а в 2023 р. — 706 осіб (ріст в 4,9 рази). Хоча протягом 2020 р., 2021 р. та 2023 р. не проведено жодного обстеження на виявлення анти-HCV Ig M, в 2022 р. проведено обстеження лише 1 особи на виявлення анти-HCV Ig M [54-57].

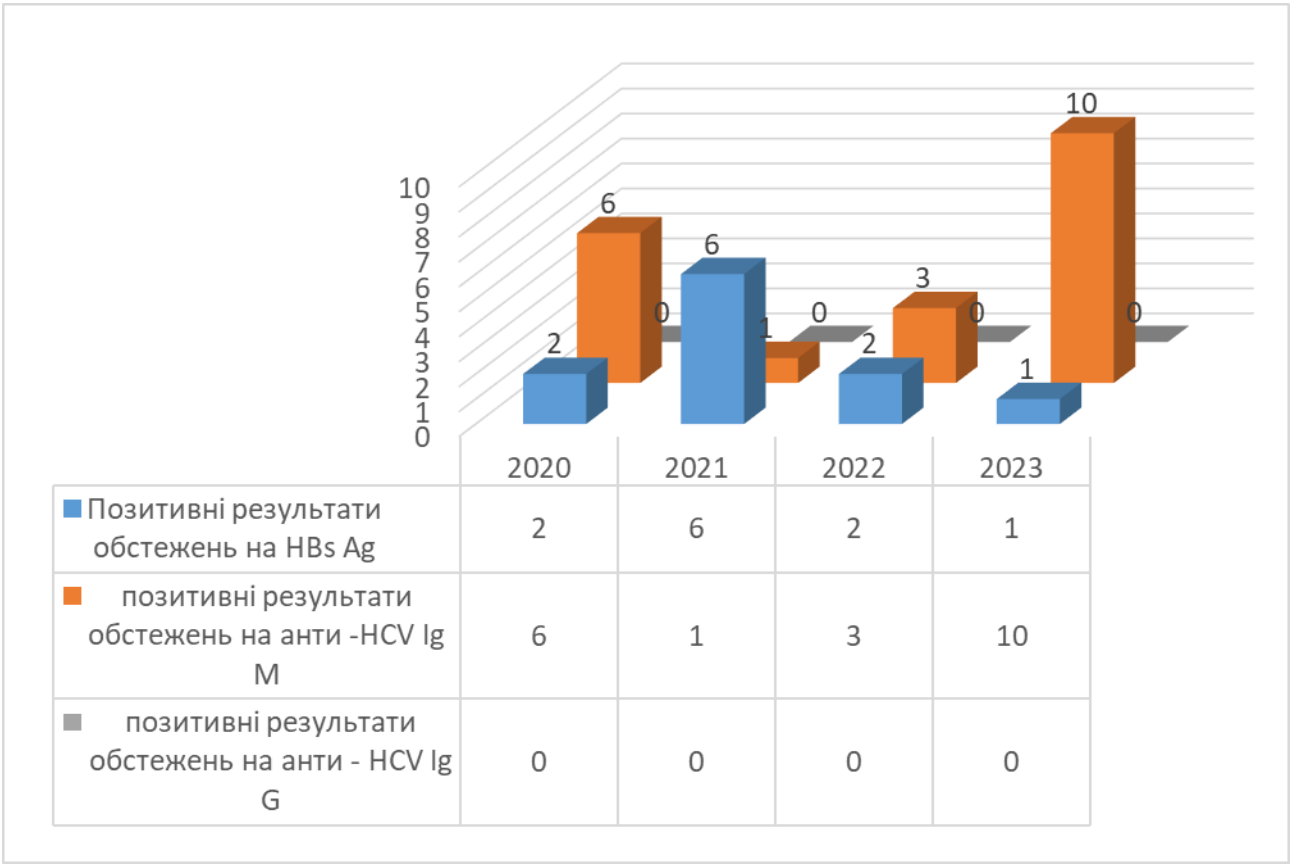
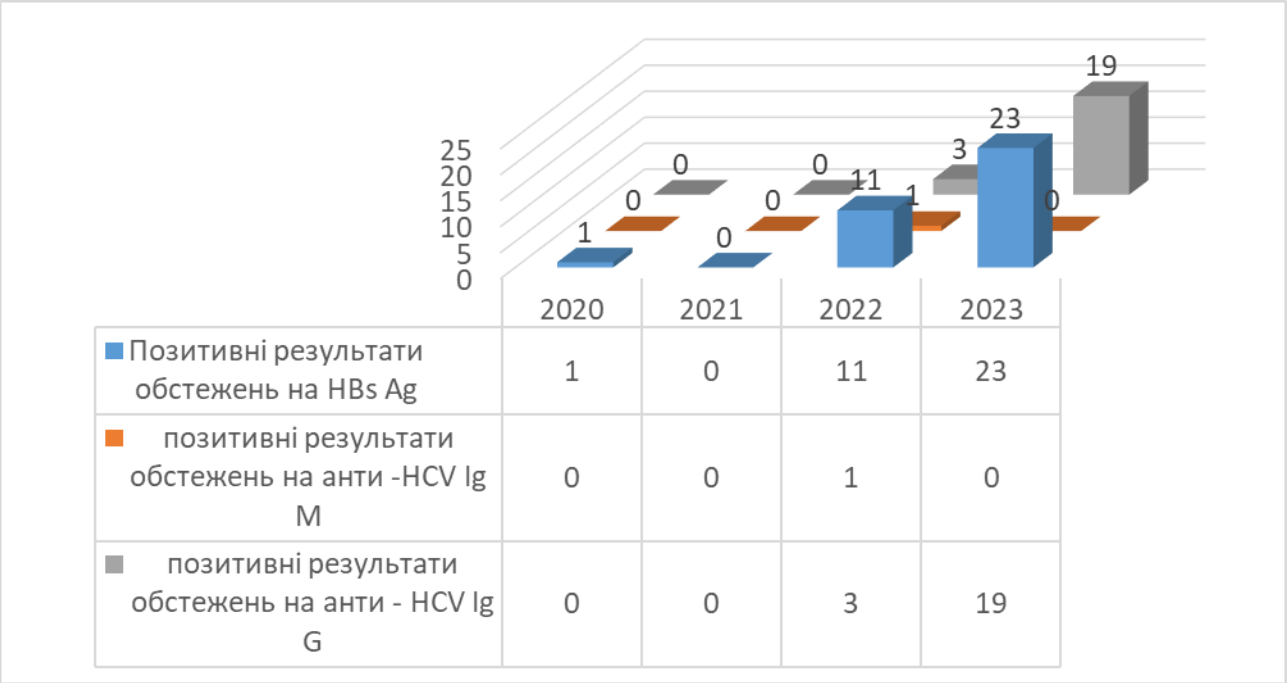


Рис. 2.38 – Кількість виявлених осіб з позитивним анти-HCV Ig M та анти-HCV Ig G, HBsAg по Бродівській ТГ при проведенні обстежень з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою за 2020–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.38 простежується тенденція до зменшення кількості виявлених осіб з HBsAg. Якщо у 2020 р. було зафіксовано 2 випадки (0,09 % від загальної кількості протестованих осіб), то у 2023 р. зареєстровано лише 1 випадків (0,06 % від загальної кількості протестованих осіб), зниження у 1,5 рази. Хоча в 2021 р. було виявлених 6 осіб з HBsAg (0,36 % від загальної кількості протестованих осіб) [54–57].

Із 2020 до 2023 року кількість виявлених хворих з антитілами до вірусу гепатиту С у Бродівській ТГ коливалася в межах від 1 до 10 випадків. Високий показник виявлених хворих був у 2020 р., при обстеженні 412 осіб, позитивний результат виявили у 6 чоловік (1,4 % від загальної кількості протестованих чоловік), у 2023 р. обстежено 1430 чоловік, позитивний результат виявили у 10 чоловік (0,7% від загальної кількості протестованих осіб) [54–57].



	2020	2021	2022	2023
Позитивні результати обстежень на HBs Ag	1	0	11	23
позитивні результати обстежень на анти -HCV Ig M	0	0	1	0
позитивні результати обстежень на анти - HCV Ig G	0	0	3	19

Рис. 2.39 – Кількість виявлених осіб з позитивним анти-HCV Ig M та анти-HCV Ig G, HBsAg по Радивилівській ТГ при проведенні обстежень з метою епідеміологічного нагляду та з діагностичною метою за 2020–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор.

Відповідно до діаграми на рисунку 2.39, простежується тенденція до збільшення кількості виявлених осіб з HBsAg в Радивилівській ТГ. Якщо у 2020 р. було зафіксовано 1 випадок (0,2 % від загальної кількості протестованих осіб),

то у 2022 р. зареєстровано 11 випадків (2,3 % від загальної кількості протестованих осіб), ріст у 11 разів, ще вищий показник був у 2023 р., коли було виявлено 23 осіб з HBs Ag (3 % від загальної кількості протестованих осіб), порівняно з 2020 р. ріст в 19 раз. При цьому хочу зазначити, що офіційно згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор. в Радивилівській ТГ був зареєстрований лише 1 випадок ГГВ в 2020 р., при цьому жодного випадку ГВ не було зареєстровано в 2022–2023 роках, хоча згідно ж з цією статистичною формою були зазначені виявлені особи з HBsAg [54–57].

У 2022 р. було обстежено 1 особу на виявлення анти-HCV Ig M з діагностичною метою, виявлено позитивний результат. Виявлені особи на анти-HCV Ig G була зареєстровані у 2022 р., при обстеженні 163 осіб, позитивний результат виявили у 3 чоловік (1,84 %), в 2023 р. при обстеженні 706 осіб, позитивний результат виявили у 19 чоловік (2,7%), ріст у 1,46 рази. Незважаючи на ортримані позитивні результати на виявлення анти-HCV Ig M та анти-HCV Ig G в Радивилівській ТГ згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 40-здор. не зареєстровано жодного випадку захворювання на ГГС та ХГС (рис.2.39) [54–57].

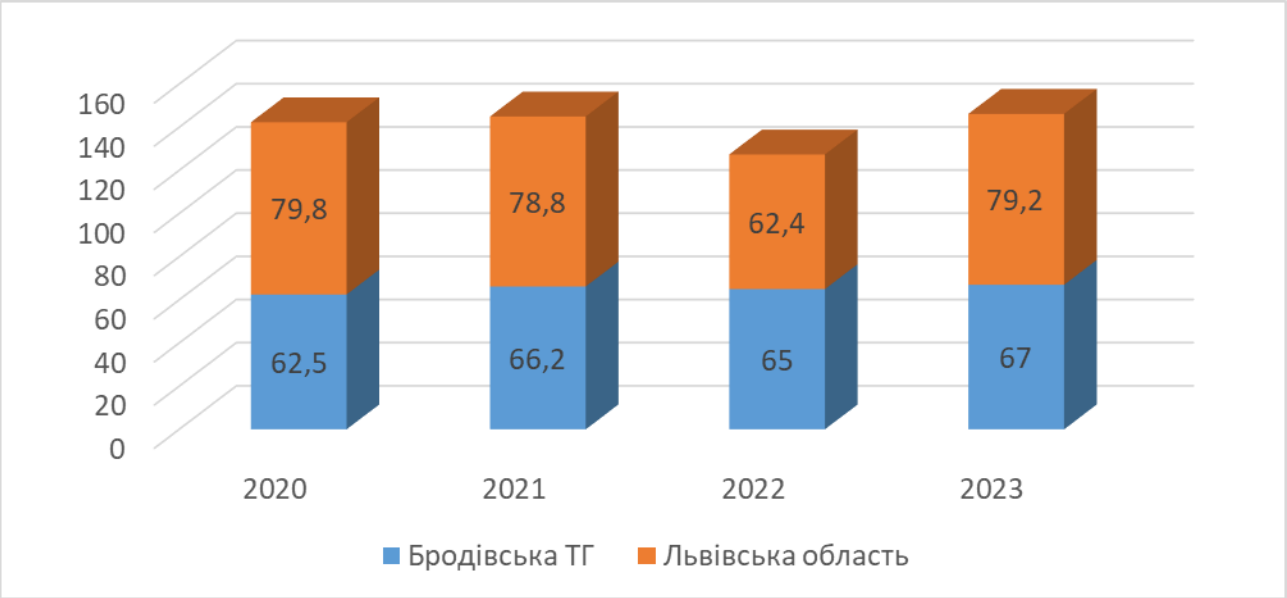


Рис. 2.40 – Виконання плану щеплень серед дітей до року проти вірусного гепатиту В по Бродівській ТГ та Львівській області за 2020–2023 роки

Аналіз виконання щеплень проти вірусного гепатиту В (дітей до 1 року) по Бродівській ТГ показав, що протягом 2020–2021 рр., 2023 р. показники

виконання щеплень проти ГВ по Бродівській ТГ були нижчими ніж у Львівській області. У 2020 р. показник виконання щеплень проти ГВ по Бродівській ТГ становив 62,5% (по Львівщині — 79,8%), у 2021 р. цей показник зріс до 66,2 % (по Львівщині — 78,8%), ріст в 1,05 рази, в 2023 році — 67% (по Львівщині — 79,2%), нижче середньообласного показника на 12,2 % [66–69].

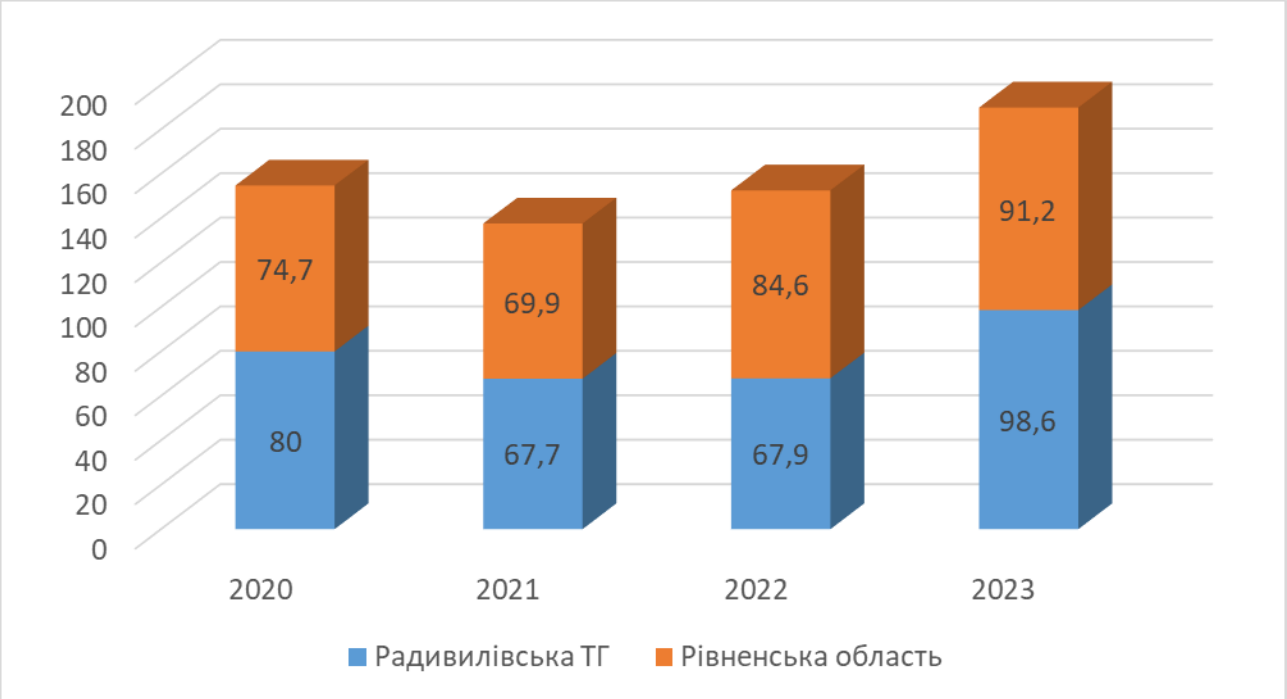


Рис. 2.41 – Виконання плану щеплень серед дітей до року проти вірусного гепатиту В по Радивилівській ТГ та Рівненській області за 2020–2023 роки

Проаналізувавши показники виконання щеплень по Радивилівській ТГ встановлено: що протягом 2020, 2023 рр., показники виконання щеплень проти ГВ були вищими ніж у Рівненській області і становили в 2020 році 80 % (по Рівненській області — 74,7%), в 2023 р. — 98,6% (по Рівненській області — 91,2%), вище середньообласного показника на 7,4%. У 2021 р. показники виконання щеплень були нижчими ніж по області на 2,2 % і становили 67,7% (по Рівненській області — 69,9%) та в 2022 роки показник виконання щеплень по Радивилівській ТГ був нижчий на 16,7% від середьообласного показника [66–69].

2.5. Аналіз показників летальності та смертності від вірусних гепатитів осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014-2023 роки

Ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку є протидія захворюванням, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив. ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, ГВ та ГС , поєднані патології формують основний тягар інфекційних хвороб в Україні, безпосередньо впливають на погіршення якості та тривалості життя, призводять до тяжких наслідків для здоров'я, сприяють втраті працездатності та передчасній смертності, зумовлюють появу множинних супутніх станів та захворювань, що в цілому визначає протидію поширенню цих хвороб важливим завданням громадського здоров'я [94].

Відповідно до стратегічної цілі 2 «Державної Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» перед країною стоїть завдання зменшити кількість нових випадків ВГ, в тому числі хронічних, та скоротити смертність, зумовлену ВГ. Стратегічна ціль 2 базується на Глобальній стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту "На шляху до ліквідації вірусних гепатитів", в якій передбачено зниження рівня смертності від ВГ на 65% до 2030 року [95].

В Україні дані про смертність від ВГ можна отримати із двох статистичних форм звітності: статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС» затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378 та статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики» затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378».

У звітній формі 16 зазначаються випадки захворювань, інвалідності та смерті, зареєстровані у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС і які проживають у межах території, що закріплена за лікувальним закладом, а також території, що закріплена за окремими вузькими спеціалістами. У формі № 16 зазначаються дані щодо загальної кількості зареєстрованих захворювань, уперше виявлених інвалідів і померлих: у дітей (віком 0–14 років включно), дітей підліткового віку (віком 15–17 років включно), дорослих (віком 18 років і старші) [84-93].

Для заповнення звітних даних про причини смерті використовують дані таких форм первинної облікової документації: № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть», № 106-1/о «Фельдшерська довідка про смерть», № 106-2/о «Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024.

Рівненська область відноситься до найбільш постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Площа ураженої території займає 11,2 тисячі кв2 або 56% від усієї території області. До зон радіоактивного забруднення віднесено 341 населений пунк, розташованих у Березнівському, Володимирецькому, Дубровицькому, Зарічненському, Рокитніському та Сарнеському районах. Загальна кількість населення, яке перебуває в умовах впливу радіації — 390,8 чоловік, що становить 34% населення області, зокрема 112,3 дітей. Колективне дозоване навантаження на населення, що проживає на радіоактивно забрудненій території становить 530628 людино-мілізіверт і складає 39,2% усього в Україні [96].

Таблиця 2.20

Кількість зареєстрованих хворих ВГ та померлих (В 15- В 19) у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні серед осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 16.

Роки	Регіон	Всього			в т.ч. **0-14 років**			в т.ч **15 – 17 років**			в т.ч **18 років і старше**		
		Зареєстровано захворювань	**Вперше в житті**	**Померло**	**Зареєстровано захворювань**	**Вперше в житті**	**Померло**	**Зареєстровано захворювань**	**Вперше в житті**	Померло	Зареєстровано захворювань	**Вперше в житті**	**Померло**
2014	Україна	**2904**	**418**	**5**	43	14	-	33	7	-	2828	397	5
	Рівненська обл.	**388**	**104**	**1**	6	2	-	2	-	-	380	102	1
	Львівська обл.	**9**	**5**	**-**	-	-	-	-	-	-	9	5	-
2015	Україна	**2962**	**388**	**9**	52	7	-	22	5	-	2888	376	9
	Рівненська обл	**366**	**46**	**-**	5	-	-	1	1	-	360	45	-
	Львівська обл.	**10**	**1**	**-**	-	-	-	-	-	-	10	1	-
2016	Україна	**2796**	**351**	**1**	54	7	-	16	2	-	2726	342	1
	Рівненська обл	**498**	**82**	**1**	8	3	-	1	-	-	489	79	1
	Львівська обл.	**11**	**1**	**-**	-	-	-	-	-	-	11	1	-
2017	Україна	**3181**	**288**	**1**	61	6	-	17	1	-	3103	281	1
	Рівненська обл	**736**	**46**	**-**	7	2	-	-	-	-	729	44	-
	Львівська обл.	**12**	**1**	**-**	-	-	-	-	-	-	12	1	-
2018	Україна	**2686**	**261**	**5**	48	6	-	10	-	-	2628	255	5
	Рівненська обл	**362**	**25**	**-**	3	-	-	-	-	-	359	25	-
	Львівська обл.	**13**	**1**	**-**	-	-	-	-	-	-	13	1	-
2019	Україна	**3045**	**303**	**1**	29	1	-	16	3	-	3000	299	1
	Рівненська обл	**660**	**46**	**-**	3	1	-	-	-	-	657	45	-
	Львівська обл.	**16**	**-**	**-**	-	-	-	-	-	-	16	-	-

2020	Україна	**2735**	**241**	**4**	17	1	-	6	-	-	2712	240	4
	Рівненська обл	**630**	**38**	**-**	1	-	-	-	-	-	629	38	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	**-**	-	-	-	-	-	-	15	-	-
2021	Україна	**2481**	**269**	**3**	18	2	-	2	-	-	2461	267	3
	Рівненська обл	**379**	**43**	**-**	4	-	-	-	-	-	375	43	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	**-**	-	-	-	-	-	-	15	-	-
2022	Україна	**1817**	**230**	**6**	23	3	-	4	-	-	1790	227	6
	Рівненська обл	**315**	**19**	**-**	8	-	-	2	-	-	307	19	-
	Львівська обл.	**16**	**1**	**-**	---	-	-	-	-	-	16	1	-
2023	Україна	**1945**	**250**	**2**	7	1	-	6	1	-	1932	248	2
	Рівненська обл	**413**	**23**	**-**	-	-	-	2	-	-	417	23	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	**-**	-	-	-	-	-	-	15	-	-

Рис. 2.42 – Питома вага зареєстрованих хворих вірусними гепатитами (В 15- В 19) у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС у Рівненській і Львівській областях України за 2014–2023 роки згідно форми статистичної звітності № 16 (%)

У період за 2014–2019 роки в Україні серед осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, реєструвалися хворі на вірусні гепатити (В 15- В 19) в межах від 2914 випадків (2014 р.) до 3045 випадків (2019 р.), з них вперше

діагностовані від 418 (2014 р., співвідношення 1:6) до 303 (2019 р., співвідношення 1:10). З 2020 р. спостерігаємо зменшення кількості зареєстрованих випадків з 2735 випадків (2020 р.) до 1945 випадків 2023 р. (зниження в 1, 4 рази), така ж тенденція і у вперше діагностованих випадках в межах 241 випадків (2020 р., співвідношення 1:11,3) до 250 випадків (2023 р., співвідношення до 1: 8) (рис.2.42, таблиця 2.20) [84–93].

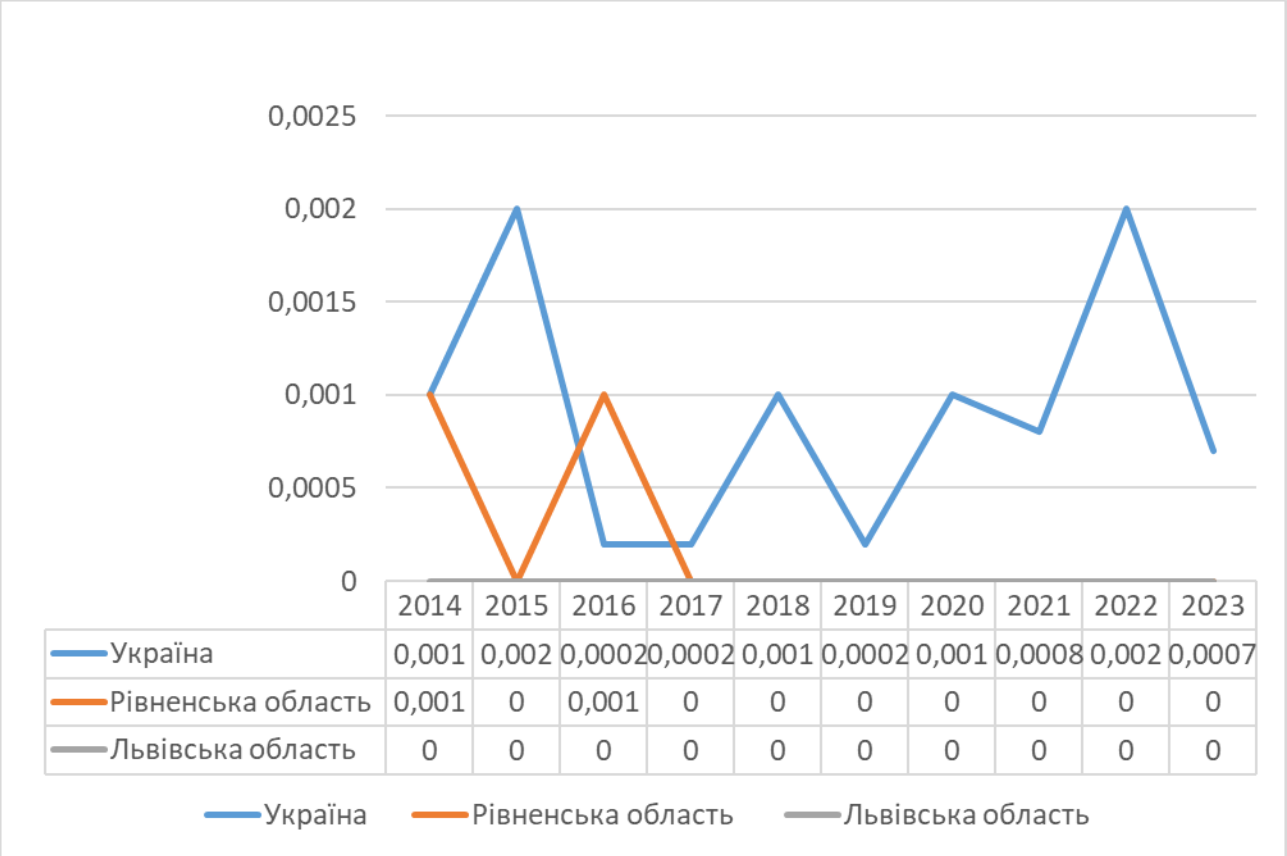
Високі показники захворюваності на ВГ (В 15- В 19) постраждалих від ЧАЕС реєструвалися у Рівненській області. У період за 2014–2019 роки спостерігався ріст захворюваності: так в 2014 р. зареєстровано 388 випадків (13,36 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), з них вперше діагностованих — 104 (співвідношення 1:3,7), а вже в 2017 р. було зареєстровано 736 випадків (23,13 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), з них вперше діагностованих — 46 (співвідношення 1:16, ріст в 1,9 рази). З 2020 по 2022 роки спостерігається поступове зниження кількості зареєстрованих випадків ВГ: 2020 р. — 630 випадків (23,03 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), з них вперше діагностованих — 38 (співвідношення 1:16,5) до 379 випадків (17,3 % від загальної захворюваності ВГ по Україні) у 2022 р., з них вперше діагностованих — 19 випадків (співвідношення 1:19,9., зниження в 1,66 рази). У 2023 р. спостерігаємо ріст зареєстрованих випадків ВГ — 413 (21,2 3 % від загальної захворюваності ВГ по Україні) (рис.2.42, таблиця 2.20) [84–93].

Порівняно із Рівненською областю на Львівщині реєструвалися нижчі показники захворюваності на вірусні гепатити (В 15- В 19) серед осіб, постраждалих від ЧАЕС. У 2014 р. — 9 випадків (0,3 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), з них вперше діагностованих — 5 (співвідношення 1:1,8), 2019 рік — 16 випадків (0,52 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), вперше діагностовані хворі не реєструвалися. За 2020–2023 роки зареєстровано було майже однакову кількість хворих — 15–16 випадків (0,54–0,77 % від загальної захворюваності ВГ по Україні), вперше діагностований був лише 1 випадок в 2022 р. (рис.2.42, таблиця 2.20) [84–93].

Таблиця 2.21

Летальність та смертність від вірусних гепатитів (В 15- В 19), у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні серед осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, за 2014–2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 16.

		Зареєстровано захворювань	**Померло**	**Летальність %**	**Смертність (проміле)**
2014	Україна	**2904**	**5**	0,17	0,001
	Рівненська обл.	**388**	**1**	0,25	0,001
	Львівська обл.	**9**	**-**	-	-
2015	Україна	**2962**	**9**	0,3	0,002
	Рівненська обл	**366**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**10**	**-**	-	-
2016	Україна	**2796**	**1**	0,035	0,0002
	Рівненська обл	**498**	**1**	0,2	0,001
	Львівська обл.	**11**	**-**	-	-
2017	Україна	**3181**	**1**	0,03	0,0002
	Рівненська обл	**736**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**12**	**-**	-	-
2018	Україна	**2686**	**5**	0,18	0,001
	Рівненська обл	**362**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**13**	**-**	-	-
2019	Україна	**3045**	**1**	0,03	0,0002
	Рівненська обл	**660**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**3**	**-**	-	-
2020	Україна	**2735**	**4**	0,14	0,001
	Рівненська обл	**630**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	-	-
2021	Україна	**2481**	**3**	0,12	0,0008
	Рівненська обл	**379**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	-	-
2022	Україна	**1817**	**6**	0,33	0,002
	Рівненська обл	**315**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**16**	**-**	-	-
2023	Україна	**1945**	**2**	0,1	0,0007
	Рівненська обл	**413**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**15**	**-**	-	-



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна	0,001	0,002	0,0002	0,0002	0,001	0,0002	0,001	0,0008	0,002	0,0007
Рівненська область	0,001	0	0,001	0	0	0	0	0	0	0
Львівська область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Рис. 2.43 – Коефіцієнт смертності (‰) від вірусних гепатитів (В15 - В 19) населення, що підлягає включенню в Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС 2014–2023 роки.

Коефіцієнт смертності — демографічний показник відношення кількості смертей за рік на 1 тис. жителів до середньої чисельності всього населення. Його використовують для характеристики інтенсивності смертності. Вимірюються в проміле (‰). Коефіцієнт зручний для статистичного порівняння рівнів демографічних показників та їхнього розвитку на різних територіях.

В Україні за період 2014–2023 роки щороку реєструвалися випадки смертності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, спостерігається тенденція до зменшення кількості смертей. Так у 2015 р. зареєстровано 9 випадків (коефіцієнт смертності — 0,002 ‰), а вже у 2018 р. зареєстровано 5 випадків (коефіцієнт смертності — 0,001 ‰), у 2021 р. зареєстровано 3 випадків (коефіцієнт смертності — 0,0008 ‰), зниження каефіцієнту смертності у 2,5 рази, в порівнянні із 2015 р. Проте в 2022 р. кількість смертей від ВГ була 6 випадків (коефіцієнт смертності — 0,002 ‰), вже в 2023

р. кількість смертей була 2 випадки (коефіцієнт смертності — 0,0007 ‰) (рис.2.43, таблиця 2.21) [84–93].

У Рівненській області випадки смертності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, були зареєстровані по 1 випадку 2014 та 2016 роках, коефіцієнт смертності — 0,001 ‰. Якщо порівнювати коєфіцієнти смертності в Рівненській області та України, то в 2014 р. цей показник був такий як в Україні — 0,001 ‰, а в 2016 р. в Рівненській області коефіцієнт смертності був в 5 разів вищий ніж в Україні (Рівненська область — 0,001 ‰, Україна — 0,0002 ‰) (рис.2.43, таблиця 2.21) [84–93].

У Львівській області за період 2014–2023 роки випадки смертності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, не реєструвалися (рис.2.43, таблиця 2.21).

Рис. 2.44 – Коефіцієнт летальності (%) від вірусних гепатитів (В15 - В 19) населення, що підлягає включенню в Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС 2014–2023 роки.

Летальність — статистичний показник, рівний відношенню числа померлих від хвороби, поранення тощо до числа перехворілих (уражених) цією хворобою, за певний часовий проміжок, умовно виражається у відсотках і являє собою міру ризику.

В Україні в період 2014–2023 роки коефіцієнт летальності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС був в межаж 0,17–0,33%.

Найнижчий показники були у 2017, 2019 роках — 0,03%, а найвищий у 2022 р. — 0,33 % (ріст коефіцієнта летальності на 90%). У 2023 р. цей показник знизився до 0,1% (рис. 2.44) [84–93].

Коефіцієнт летальності від ВГ в Рівненській області в 2014 р. у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, порівняно з Україною в 2014 р. був вищий в 1,4 рази (Рівненська область — 0,25 %, Україна — 0,17%), в 2016 р. — в 5,7 рази (Рівненська область — 0,2 %, Україна — 0,035%) (рис.2.44) [84–93].

2.6. Аналіз показників летальності та смертності від вірусних гепатитів осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014–2023 роки

В Україні розроблені стандарти медичної допомоги: Вірусний гепатит В у дітей (затверджений Наказом МОЗ України 27 січня 2025 р. № 165), Вірусний гепатит В у дорослих (затверджений Наказом МОЗ України 27 січня 2025 р. № 165), Стандарти медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих (затверджений Наказом МОЗ України 15 січня 2021 року № 51), Стандарти медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дітей (затверджений Наказом МОЗ України 15 січня 2021 р. № 50), у яких визначені обгрунтування та стандарти лікування окремих категорій пацієнтів із ГВ та ГС [97–100].

Вчасно розпочате противірусне лікування ГС знижує ризик або повністю запобігає розвитку захворювань печінки, що пов’язані з HCV-вірусною інфекцією, зокрема некротичному запаленню печінки, фіброзу, цирозу печінки, декомпенсації цирозу, гепатоцелюлярної карценоми (ГЦК), тяжким позапечінковим проявам, впливає на покращення якості життя пацієнтів і запобігає подальшій передачі вірусу. При лікуванні ХГС із застосуванням препаратів прямої противірусної дії (ППД) показники стійкої вірусологічної відповіді у цілому перевищують 90%, що розглядається як повне виліковування у пацієнтів без цирозу. Лікування здійснюється з урахуванням взаємодії ППД та інших лікарських засобів [99].

Лікування ГВ сприяє покращенню якості життя пацієнтів, запобігає прогресуванню хвороби, розвитку цирозу печінки та ГЦК. Пригнічення вірусної

реплікації (як результат противірусного лікування) дозволяє усунути хронічні запальні зміни та прогресуючі фіброзні процеси в печінці, викликані вірусом ГВ. Цього можна досягти шляхом супресії ДНК вірусу ГВ до кількості, що не визначається. Пацієнти з ХГВ, незважаючи на відсутність поточної потреби у лікуванні, мають перебувати під постійним моніторингом та оцінкою стану ураження печінки, активності HBV та потреби у лікуванні [98].

За даними форми статистичної звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики» затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378» проаналізуємо кількість осіб, які лікувалися на стаціонарному лікування та померли від ВГ (В 15- В 19) вродовж 2014–2023 років у Рівненській, Львівській областях та Україні загалом.

Таблиця 2.22

Кількість зареєстрованих хворих ВГ та померлі (В 15- В 19) у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014-2023 роки згідно зі звітом форми державної статистичної звітності № 20

Роки	Регіон	Всього		в т.ч. Дорослі віком 18 років і старше		**в т.ч. Діти віком 0-17 років включно**	
		Лікувалися в стаціонарі	**Померло**	**Лікувалися в стаціонарі**	**Померло**	**Лікувалися в стаціонарі**	**Померло**
2014	Україна	**24759**	**198**	22290	197	2469	1
	Рівненська обл.	**494**	**1**	485	1	9	-
	Львівська обл.	**1456**	**3**	1422	3	34	-
2015	Україна	**26387**	**201**	24737	199	1650	2
	Рівненська обл	**565**	**-**	547	-	18	-
	Львівська обл.	**1394**	**-**	1370	1	24	-
2016	Україна	**23310**	**178**	21482	177	1828	1
	Рівненська обл	**479**	**2**	454	2	25	-
	Львівська обл.	**1263**	**3**	1225	3	38	-
2017	Україна	**24807**	**203**	23060	202	1747	1
	Рівненська обл	**554**	**1**	520	1	34	-

	Львівська обл.	**1064**	-	1031	1	33	-
2018	Україна	**21041**	**259**	19295	259	1746	-
	Рівненська обл	**395**	**1**	368	1	27	-
	Львівська обл.	**756**	**4**	737	4	19	-
2019	Україна	**19961**	**257**	18452	254	1509	3
	Рівненська обл	**410**	-	404	-	6	-
	Львівська обл.	**765**	**2**	742	2	23	-
2020	Україна	**10565**	**191**	9864	191	701	-
	Рівненська обл	**154**	**6**	149	6	5	-
	Львівська обл.	**467**	-	452	-	15	-
2021	Україна	**6586**	**195**	5997	194	589	1
	Рівненська обл	**73**	**1**	72	1	1	-
	Львівська обл.	**391**	**2**	384	2	7	-
2022	Україна	**7617**	**153**	7319	152	298	1
	Рівненська обл	**187**	**2**	186	2	1	-
	Львівська обл.	**544**	**1**	536	1	8	-
2023	Україна	**12600**	**196**	12005	195	595	1
	Рівненська обл	**380**	**3**	375	3	5	-
	Львівська обл.	**729**	**9**	716	9	13	-

Рис. 2.45 – Кількість хворих на вірусні гепатити (В15 - В 19), які знаходились на стаціонарному лікуванні за 2014–2023 роки у Рівненській, Львівській областях та загалом по Україні.

В Україні найбільша кількість хворих на ВГ знаходились на стаціонарному лікуванні за період 2014–2018 роки: 2015 р. — 26387 осіб, 2018 р. — 21041 осіб. З 2019 р. спостерігаємо різке зниження кількості хворих ВГ, які знаходились на стаціонарному лікуванні: 2020 р. — 10565 осіб, 2021 р. — 6586 осіб (зниження пролікованих осіб у стаціонарах в 4 рази порівняно із 2015 р.) (рис.2.45) [74–83].

Така ж тенденція спостерігається в Рівненській та Львівській областях. У Львівській області найбільша кількість хворих, які лікувалися від ВГ в стаціонарі була в 2015 р. — 1394 особи, а в 2021 р. — 544 особи (зниження в 2,5 рази). У Рівненській області у 2015 р. стаціонарно пролікувалися 565 осіб, а в 2021 р. лише 73 особи (зниження в 7,7 рази) (рис.2.45) [74–83].

Таблиця 2.23

Кількість зареєстрованих хворих вірусними гепатитами (В 15- В 19), летальність та смертність від вірусних гепатитів у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014–2023 роки за даними форм статистичної звітності № 20

		Лікувалися в стаціонарі	**Померл**	**Летальність %**	**Смертність ‰.**
2014	Україна	**24759**	**198**	0,8	0,0023
	Рівненська обл.	**494**	**1**	0,2	0,0003
	Львівська обл.	**1456**	**3**	0,2	0,0005
2015	Україна	**26387**	**201**	0,76	0,0023
	Рівненська обл	**565**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**1394**	**-**	-	-
2016	Україна	**23310**	**178**	0,76	0,002
	Рівненська обл	**479**	**2**	0,41	0,0007
	Львівська обл.	**1263**	**3**	0,23	0,0005
2017	Україна	**24807**	**203**	0,81	0,0024
	Рівненська обл	**554**	**1**	0,18	0,003
	Львівська обл.	**1064**	**-**	-	-
2018	Україна	**21041**	**259**	1,04	0,0031
	Рівненська обл	**395**	**1**	0,25	0,0003
	Львівська обл.	**756**	**4**	0,53	0,0007
2019	Україна	**19961**	**257**	1,28	0,0032
	Рівненська обл	**410**	**-**	-	-
	Львівська обл.	**765**	**2**	0,26	0,0005

2020	Україна	**10565**	**191**	1,8	0,0035
	Рівненська обл	**154**	**6**	3,89	0,0038
	Львівська обл.	**467**	**-**	-	-
2021	Україна	**6586**	**195**	2,96	0,0033
	Рівненська обл	**73**	**1**	1,36	0,0005
	Львівська обл.	**391**	**2**	0,51	0,0005
2022	Україна	**7617**	**153**	2,0	0,0026
	Рівненська обл	**187**	**2**	1,06	0,0009
	Львівська обл.	**544**	**1**	0,18	0,0002
2023	Україна	**12600**	**196**	1,55	0,0027
	Рівненська обл	**380**	**3**	0,78	0,001
	Львівська обл.	**729**	**9**	1,23	0,0016

Рис. 2.46 – Коефіцієнт летальності (%) від вірусних гепатитів (В15 - В 19) населення, що перебувало на стаціонарному лікуванні у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні за 2014–2023 роки за даними форм статистичної звітності № 20

В Україні за перод 2014–2019 роки спостергіається поступове зростання коефіцієнту летальності населення, що знаходилось на стаціонарному лікуванні з 0,8 % (2014 рік), до 1,28 % (2019 рік), ріст в 1,6 рази. З 2020 р. спостерігається різке збільшення летальності: 2020 р. — 1,8%, 2021 р. — 2,96 % (збільшення порівняно із 2014 р. в 3,7 рази). Дещо знизився показник летальності в 2023 р. до 1,55%, хоча він був вищий показника 2014 р. в 1,93 рази (рис. 2.46, таблиця 2.23) [74–83].

У Львівській області коефіцієнти летальності були нижчі, ніж середньодержавні, проте спостерігалась тенденція до росту коефіцієнту

летальності. Коефіцієнт летальності в Львівській області в 2016 р. був нижчим, ніж в Україні в 3,5 рази — 0,23 % (в Україні — 0,81%), у 2023р. показник летальності зріс в 5,3 рази і становив 1,23 %, проте цей показник був в 1,2 рази нижче, ніж в Україні (1,55%). У 2015 р., 2017 р., 2020 р. в Львівській області не було зареєстровано жодного летального випадку у осіб від ВГ, що перебували на стаціонарному лікуванні (рис. 2.46, таблиця 2.23) [74–83].

Показники коефіцієнту летальності в Рівненській області були вищі, ніж у Львівській області, та нижчі ніж в Україні (крім 2020 р.). З 2016 р. спостерігається тенденція до росту показника летальності. Так в 2016 р. коефіцієнт летальності був 0,41%, а в 2020 р. цей показник склав 3,89 %, ріст в 9,5 рази, що було в 2,16 рази вище ніж в Україні (1,8%). З 2021 р. спостерігаємо поступове зниження показників летальності: 2021 р. — 1,36%, 2022 р. — 1,06%, 2023 р. — 0,78% (рис. 2.46, таблиця 2.23) [74–83].

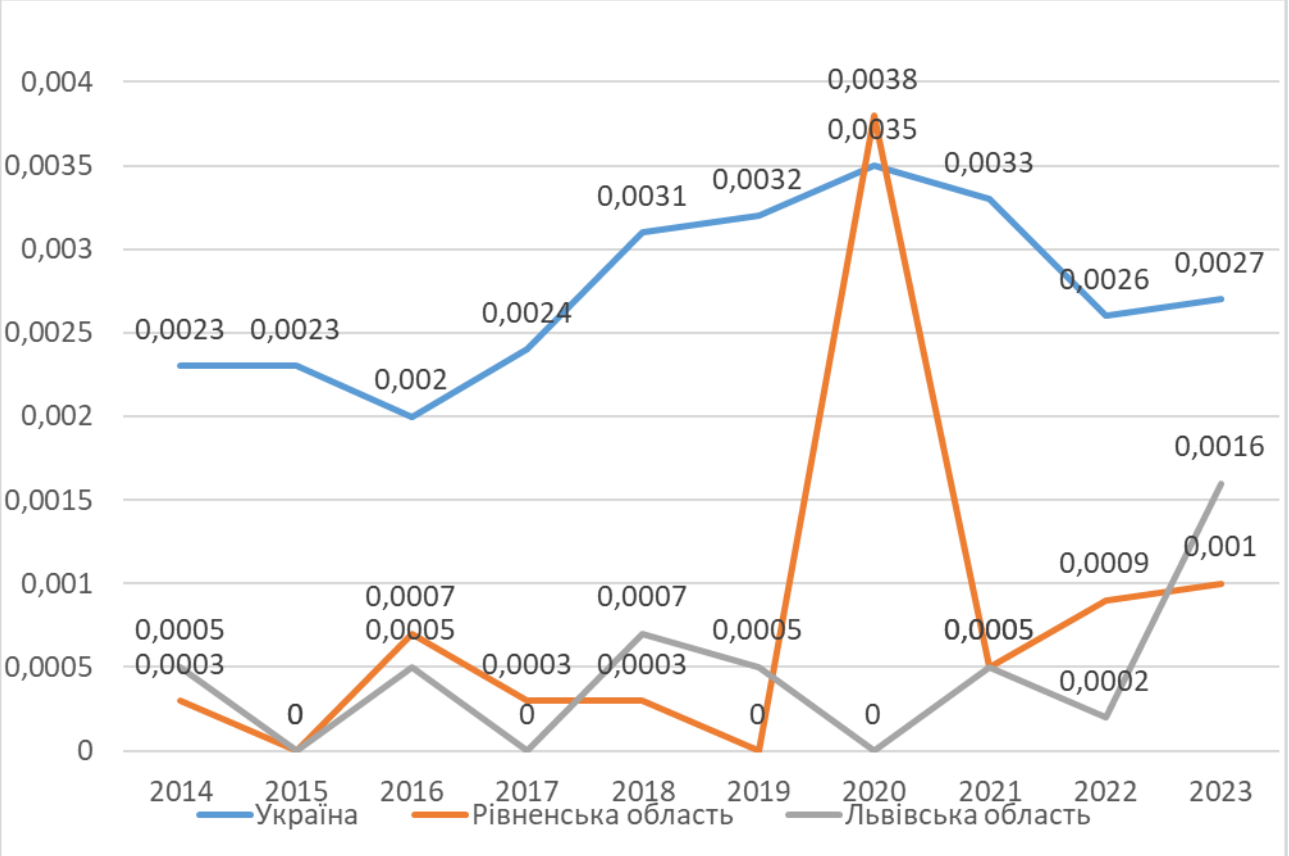


Рис. 2.47 – Коефіцієнт смертності (‰) від вірусних гепатитів (В15 - В 19) серед населення у Рівненській і Львівській областях та загалом по Україні (за даними форм статистичної звітності № 20 про кількість померлих, що перебували на стаціонарному лікуванні) за 2014–2023 роки.

В Україні в період 2014–2023 роки коефіцієнт смертності від ВГ у осіб, які перебували на стаціонарному лікування був в межаж 0,0023 ‰ – 0,0035‰ Найнижчий показники були у 2014–2015 рр. — 0,0023 ‰, а найвищий показник був 2020 р. — 0,0035‰ (ріст в 1,5 рази). З 2021 р. спостерігається поступове зниження коєфіцієнта смертності до 0,0026 ‰ (2022 р.) та 0,0027 ‰ (2023 р.) (рис 2.47) [74–83].

У Львівській області коефіцієнт смертності від ВГ був нижче середньодержавного показника, проте спостерігається тенденція до росту коефіцієнта смертності в 3,2 рази від 0,0005 ‰ (2014 р.) до 0,0016‰ (2023 р.). У 2014 р. коефіцієнт смертності від ВГ у Львівській області був нижчий, ніж в Україні (0,0023 ‰) в 4,6 рази, а в 2023 р. — в 1,6 рази (Україна — 0,0027 ‰) (рис 2.47) [74–83].

У Рівненській області коефіцієнт смертності протягом 2014 – 2023 років був нижчий ніж в Україні (крім 2020 р.) однак також спостерігається тенденція до росту коефіцієнту смертності: в 2014 р. він становив - 0,0003 ‰, в 2020 р. - 0,0038 ‰ (ріст в 12,6 рази). Порівняно із середньодержавними показниками в в 2020 р. - перевищення в 1,08 рази (Україна - 0,0035 ‰) (рис 2.47) [74-83].

Висновки до 2 розділу

З 2019 р. в Україні спостерігалося зниження захворюваності ГА в 11 разів з 7,5 випадків на 100 тисяч населення до 0,68 в 2022 р. У 2023 р., під час другого року російської військової агресії, в Україні захворюваність ГА, порівняно з 2022 р., зросла в 3,76 рази. Структура парентеральних вірусних гепатитів за 2014–2023 роки в Україні була така: 60,5–70,9 % із зареєстрованих випадків припадає на ХГС, ще 16–18,1 % становлять ХГВ, 5,0–6,2 % були хворі ГГС та 8,7–15,7 % складають хворі ГГВ.

У Львівській області з 2016 р. спостерігалося зниження в 6 разів захворюваності ГА з 4,17 до 0,68 випадків на 100 тисяч населення в 2022 р. У 2023 р. в області захворюваність на ГА порівняно з 2022 р., зросла в 1,4 рази. За

період 2014–2021 роки відмічалося зниження захворюваності ГГВ в 2,9 рази з 6,42 вип. на 100 тис. населення (2014 р.) до 2,19 вип. на 100 тис. населення (2021 р.). У 2023 р. зафіксували різке збільшення захворюваності ГГВ до 4,27 вип. на 100 тис. населення Захворюваність ХГВ у Львівській області у 2014 р. становила 3,25 вип. на 100 тис.населення. У 2023 р. показник захворюваності ХГВ виріс до 4,68 випадків на 100 тис.населення, що було вище середньодержавного показника на 27,6 %. За період з 2018–2023 рр. захворюваність ГГС на території Львівської області зросла з 1,1 вип. на 100 тис. населення (2018 р.) до 1,22 вип. на 100 тисяч населення (2023 р.). У період 2014–2016 роки захворюваність ХГС у Львівській області була вище середньодержавного показника. З 2017 по 2021 роки захворюваність ХГС у Львівській області знизилась, показники були нижче середньодержавних: у 2017 р. — на 11,25% , у 2018 р. — на 30,94 % , у 2019 р. — на 18,59 %. У той же час захворюваність ХГС у Львівській області за 2022–2023 рр. була вищою середньодержавного показника в 1,12 рази (2022 р.) та в 1,09 рази (2023 р.).

У Рівненській області протягом 2016–2017 рр. показники захворюваності ГА були вищі від середньодержавного показника, в 1,1 рази (2016 р.) та 1,2 рази (2017 р.). З 2017 до 2023 року спостерігалося зниження захворюваності ГА (з 9,22 до 0,43 вип. на 100 тисяч населення, зниження в 21 раз). У Рівненській області за період 2015 р., 2017–2020 рр., 2022–2023 роки показники захворюваності на ГГВ були вищі середньодержавних показників: 2017 р. — в 1,57 рази, у 2020 р. — в 2,26 рази. Показники захворюваності ХГВ у 2014–2023 роках у Рівенській області були нижчі середньодержавного показника. З 2017 по 2021 спостерігалося зниження рівня захворюваності ХГВ з 3,1 вип. на 100 тисяч населення у 2017 р. до 0,69 вип. на 100 тисяч населення у 2021 р., зниження в 4,49 рази. У 2023 р. спостерігається ріст захворювання на ХГВ до 2,35 вип. на 100 тисяч населення. В 2014 р. захворюваність ГГС у Рівненській області становила 0,43 випадки на 100 тис.населення та у 2018 році захворюваність зросла до 1,21, ріст в 2,21 рази. Також спостерігається ріст в 4,69 рази захворюваності ГГС в 2023 р. (1,22) порівняно з 2020 р. (0,26). За пероід з 2016

р. до 2021 р. фіксуємо зниження захворюваності ХГС в 4,11 рази з 13,18 до 3,2 випадки на 100 тисяч населення. Проте у 2023 р. спостерігається ріст захворювання ХГС в 2,53 рази порівняно із 2021 р. до 8,11 випадків на 100 тисяч населення.

У Радивилівській ТГ та Бродівській ТГ протягом 2020–2023 років не зареєстровано жодного випадку ГА.

Захворюваність ГГВ у Бродівській ТГ у 2017 р. становила 1,7 випадки на 100 тис.населення, що є нижче показника захворюваності у Львівській області у 1,5 рази, однак у 2023 р. спостерігаємо тенденцію до зростання захворюваності до 3,36 випадки було на 100 тисяч населення (ріст в 1,9 рази). У 2021–2022 роках випадки ГГВ не реєструвалися. ХГВ в Бродівській ТГ виявляли лише в 2023 р., інтенсивний показник становив 1,87 випадків на 100 тисяч населення, що було у 2,5 рази нижче показника у Львівській області. Протягом 2020–2023 років по Бродівській ТГ випадки ГГС не реєструвалися, але спостерігався значний ріст у 1,3 рази рівня захворюваності ХГС з 13,59 у 2020 р. до 18,14.

ГГВ у Радивилівській ТГ реєструвалися лише у 2020 р., інтенсивний показник становив 2,72 випадки на 100 тисяч населенння (Рівненська область — 2,85 випадки на 100 тисяч населення). Випадки ХГВ, ГГС та ХГС впродовж 2020–2023 рр. у Радивилівській ТГ не реєструвалися.

В Україні в період 2014–2023 роки щороку реєструвалися випадки смертності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, проте спостерігалася тенденція до зменшення кількості смертей. У 2015 р. коефіцієнт смертності становив 0,002 ‰, у 2018 р. — 0,001 ‰, у 2021 р. — 0,0008 ‰ (зниження каефіцієнту смертності у 2,5 рази, в порівнянні із 2015 р.) У 2022 р. було зареєстровано 6 смертей від ВГ (коефіцієнт смертності — 0,002 ‰), в 2023 р. зафіксовано 2 смертельні випадки (коефіцієнт смертності — 0,0007 ‰). У Рівненській області випадки смертності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, були зареєстровані по 1 випадку 2014 р. та 2016 р. (коефіцієнт смертності — 0,001 ‰). У Львівській області за період

2014–2023 рр. смертей від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, не реєстрували.

В Україні за період 2014–2023 рр. коефіцієнт летальності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, був в межаж 0,17–0,33%. Найнижчі показники летальності були у 2017 р., 2019 р. — 0,03%, а найвищий показник летальності від ВГ серед осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, був у 2022 р. — 0,33 % (ріст коефіцієнта летальності на 90%). У 2023 р. цей показник знизився до 0,1%. Порівняно з Україною коефіцієнт летальності серед цієї групи населення в Рівненській області в 2014 р. був вищий в 1,4 рази (Рівненська область — 0,25 %, Україна — 0,17%), у 2016 р. — у 5,7 рази (Рівненська область — 0,2 %, Україна — 0,035%).

В Україні за перод 2014–2019 рр. спостергіалось поступове зростання коефіцієнту летальності серед хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні, з 0,8 % (2014 р.), до 1,28 % (2019 р.), ріст у 1,6 рази. З 2020 р. відмічається різке збільшення летальності з 1,8% (2020 р.) до 2,96 % (2021 р.) (збільшення порівняно із 2014 р. в 3,7 рази). Дещо знизився показник летальності в Україні в 2023 р. до 1,55%. У Львівській області спостерігається тенденція до росту коефіцієнту летальності стаціонарних хворих від ВГ у 5,3 рази з 0,23% у 2016 р. до 1,23% у 2023 р. Показники коефіцієнту летальності від ВГ в Рівненській області зросли з 0,41% (2016 р.) до 3,89 % (2020 р.) (ріст в 9,5 рази). З 2021 р відмічається поступове зниження показників до 1,36% (2021 р.), 1,06% (2022 р.), 0,78% (2023 р.).

В Україні в період 2014–2023 роки коефіцієнт смертності від ВГ у осіб, які перебували на стаціонарному лікування був в межаж 0,0023 ‰ – 0,0035‰. У Львівській області спостерігається тенденція до росту коефіцієнту смертності від 0,0005 ‰ (2014 р.) до 0,0016‰ (2023 р.), ріст в 3,2 рази. У Рівненській області також спостерігається тенденція до росту коефіцієнту смертності: в 2014 р. він становив — 0,0003 ‰, у 2017 р. — 0,003 ‰, у 2020 р. — 0,0038 ‰.

РОЗДІЛ 3
ПРОПОЗИЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ А, В, С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ

3.1. Втілення Глобальної стратегія сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту на 2022–2030 роки в Україні на національному та регіональному рівнях

Втілення Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ з ВГ на 2022–2030 роки в Україні здійснюється через національну стратегію та регіональні ініціативи, орієнтуючись на досягнення трьох основних цілей: попередження 90% нових випадків інфекції, діагностика 90% осіб з вірусним гепатитом; надання лікування 90% пацієнтів з гепатитом В та С [102 -103].

У 2019 р. Україна приєдналася до Глобальної стратегії ВООЗ щодо елімінації ВГ, затвердивши національну стратегію на 2020–2030 роки. Національна стратегія України щодо елімінації ГВ та ГС до 2030 р. є частиною Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та ВГ. Ця стратегія спрямована на досягнення глобальних цілей ВООЗ щ0до зменшення захворюваності та смертності від цих інфекцій [102–103].

Розпорядженням Кабінету Міністрів України (КМ) від 18 червня 2024 р. №564-р затверджено Операційний план заходів з реалізації Національної стратегії елімінації вірусних гепатитів В та С на період 2024–2026 років, який є частиною реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. В ньому містяться конкретні завдання та цілі, спрямовані на зменшення захворюваності та смертності від ВГ [101].

Основні напрямки операційного плану: лікування ВГ, вакцинація від ГВ, скринінг на ВГ, децентралізація лікування ГВ та ГС, програми елімінації ВГ та епідеміологічний нагляд та дослідження.

В Операційному плані заходів на 2024–2026 рр. Державної стратегії з протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам) передбачено низку заходів із децентралізації послуг з профілактики, діагностики та лікування ГВ і ГС. Зокрема, план передбачає збільшиння охоплення лікуванням пацієнтів з ХГВ та ХГС. Протягом 2024–2026 рр. лікування має бути забезпечено 18 000 особам з ХГВ (3 000 у 2024 р., 10 000 у 2025 р., 18 000 у 2026 р.) і 60 000 осіб з ХГС (17 000 у 2024 р., 45 000 у 2025 р., 60 000 у 2026 р.). Для цього передбачено спрощений доступ пацієнтів до консультацій та терапії ВГ у підконтрольних і деокупованих регіонах. План вимагає, щоб мережа закладів охорони здоров'я (ОЗ) охоплювала всі рівні (зокрема заклади первинної медицини, амбулаторної допомоги, а також СНІД-, ТБ- та наркологічні служби). Таким чином лікування переноситься ближче до пацієнта (у районні лікарні, поліклініки, центри громадського здоров'я та програми замісної терапії) [101].

План гарантує інтеграцію послуг з ВГ, що передбачені програмами. Зокрема, пацієнти ЗПТ (програми замісної підтримувальної терапії) отримують доступ до скринінгу та лікування ВІЛ, туберкульозу і ВГ. Також передбачено інтеграцію послуг з ВГ з акушерськими службами (вагітні жінки) та іншими профільними програмами.

Буде розширино географію послуг з діагностики і лікування гепатитів до всіх регіонів України. У 2025–2026 рр. у кожному з 27 регіонів повинна бути створена велика мережа закладів охорони здоров'я, що надаватимуть послуги з діагностики та лікування ВГ, тобто окрім центральних обласних лікарень лікування має бути доступним у районах та амбулаторно-поліклінічних закладах [101].

Програма мікроелімінації вірусних гепатитів у рамках Операційного плану заходів на 2024–2026 роки реалізується як важливий інструмент досягнення цілей Глобальної стратегії ВООЗ щодо елімінації ВГ до 2030 р**.** Вона спрямована на ліквідацію ГВ та ГС серед окремих груп населення через інтенсивне цільове втручання.

Мікроелімінація — це стратегія, яка передбачає фокусоване тестування, діагностику та лікування ВГ серед чітко визначених груп ризику або в конкретних регіонах, що дозволяє досягти швидких результатів у цих осередках [104].

Цільовими групами в Операційному плані 2024–2026 є : люди, які вживають ін'єкційні наркотики (особливо ті, що перебувають у програмах ЗПТ); особи, які відбувають покарання або нещодавно звільнилися з місць позбавлення волі., пацієнти психіатричних лікарень та осіб з поведінковими розладами, клієнти служб протидії ВІЛ, туберкульозу та ІПСШ (інфекційні хвороби, які передаються, переважно через сексуальний контакт); медичний персонал, що зазнає ризику контакту з кров'ю; групи, які мають обмежений доступ до медичних послуг через війну або переселення [101].

Операційним планом передбачено конкретні заходи програми мікроелімінації: проведення скринінгу на ВГ серед осіб в установах замісної підтримувальної терапія (ЗПТ), пенітенціарній системі, наркологічних диспансерах тощо; швидке підтвердження діагнозу та направлення на лікування (через спрощені маршрути пацієнтів), початок противірусної терапії без зайвих обстежень чи госпіталізацій — переважно амбулаторно; забезпечення координації між службами — ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркологія, психіатрія — для цілісного підходу до пацієнта; використання портативних систем тестування, мобільних бригад і телемедицини у важкодоступних або деокупованих регіонах та навчання персоналу, який працює з цими групами, з питань ВГ.

Операційний план заходів з реалізації Державної стратегії протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на 2024–2026 роки передбачає низку заходів у сфері епідеміологічного нагляду та досліджень для покращення контролю над цими захворюваннями, а саме: удосконалення системи епідеміологічного нагляду за ВГ, розвиток кадрового потенціалу, проведення соціальних, поведінкових та біоповедінкових досліджень, моніторинг лікування та профілактики ВГ [101].

У Львівській області затверджено розпорядженням начальника Львівської обласної військової адміністрації від 24 січня 2025 року № 55/0/5-25ВА «Регіональний план заходів з реалізації у 2025–2026 роках Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» (таб 2.24) [105].

У Рівненській області затверджено розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації від 17 лютого 2025 року № 90 «Регіональний план заходів з реалізації у 2025–2026 роках Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» (таб 2.24) [106].

Ці регіональні плани є частиною національної стратегії, затвердженої розпорядженням КМ України від 18 червня 2024 року № 564-р, яка визначає загальнодержавні заходи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Таблиця 2.24

Основні завдання, які необхідно виконати відповідно до «Операційного плану заходів з реалізації Національної стратегії елімінації вірусних гепатитів В та С на період 2024–2026 років» та «Регіональних план заходів з реалізації у 2025–2026 роках Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» в Україні, Львівській та Рівненській областях.

Завдання	Регіон	Значення індикатора 2025 рік	Значення індикатора 2025 рік
Встановлення та інтегрування регіональних цільових показників щодо виявлення ВГ із наявною системою епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами	Україна	Розробка 1 нормативного документу	Розробка 1 нормативного документу
	Львівська область	виявити 50% інфікованих ВГ, які не знають про свою хворобу	виявити 60% інфікованих ВГ, які не знають про свою хворобу
	Рівненська область	Розробка 1 нормативного документу	Розробка 1 нормативного документу

Забезпечення охоплення щепленням проти ГВ дітей віком до одного року відповідно до Календаря профілактичних щеплень	Україна	95%	95%
	Львівська область	95%	95%
	Рівненська область	95%	95%
Забезпечення вакцинопрофілактики ГВ серед медичних працівників і ключових груп населення	Україна	27 регіонів	27 регіонів
	Львівська область	50%	70%
	Рівненська область	64 громади	64 громади
Забезпечення доступу населенню до скринінгу та діагностики вірусного гепатиту В	Україна	800 000	1 000 000
	Львівська область	Відсоток осіб, хворих на ГВ, що знають про свій статус – 50%	Відсоток осіб, хворих на ГВ, що знають про свій статус – 60%
	Рівненська область	10 500	11 000
Забезпечення доступу населенню до скринінгу та діагностики вірусного гепатиту С,	Україна	2 220 000	2 220 000
	Львівська область	Відсоток осіб, хворих на ГС, що знають про свій статус – 50%	Відсоток осіб, хворих на ГС, що знають про свій статус – 60%
	Рівненська область	10 000	11 000
Забезпечення доступу представникам ключових груп населення, зокрема особам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, до тестування на ВГ	Україна	27 регіонів	27 регіонів
	Львівська область	550	600
	Рівненська область	-	-
Забезпечення лікуванням осіб із ГВ	Україна	10 000	18 000
	Львівська область	-	-
	Рівненська область	-	-
Забезпечення лікуванням осіб із ГС	Україна	45 000	60 000
	Львівська область	Охоплено лікуванням осіб з ГС – 50%	Охоплено лікуванням осіб з ГС – 60%
	Рівненська область	-	-

Аналіз даних таблиці 2.24 показує, що потребує коригування забезпечення доступу населення, до скринінгу та діагностики ГВ і ГС в Рівненській області.

Так в Рівненській області заплановано в 2025 році провести тестування на виявлення ГВ 10500 осіб, що складає 1,3 % від загально запланованого державного показника та ГС — 10 000 осіб, що складає 0,45 % від запланованого показника по державі. Та не заплановано забезпечення доступу представникам ключових груп населення, зокрема особам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин до тестування на ВГ. В Регіональних планах по Рівненській та Львівській областях не передбачено спрощений доступ пацієнтів до консультації, терапії в закладах первинної медичної допомоги.

3.2. Імплементація нових рекомендації ВООЗ щодо профілактики та діагностики вірусних гепатитів в Україні

Україна активно впроваджує нові рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо профілактики та діагностики ВГ, зокрема ГВ та ГС.

МОЗ України та відповідні агенції активно розробляють державні програми боротьби з ВГ, враховуючи цілі ВООЗ щодо елімінації цієї епідемії до 2030 р. Зокрема, оновлено накази і стандарти медичної допомоги при ГВ та ГС, що розширюють доступ до лікування і акцентують увагу на ранньому виявленні. 27 січня 2025 р. МОЗ затвердило наказ №165, який оновлює стандарти медичної допомоги з ГВ для дітей та дорослих. Ці стандарти були розроблені за участі фахівців Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) та узгоджені з міжнародними рекомендаціями ВООЗ, Європейської асоціації з дослідження печінки (EASL) та інших організацій. Ці Стандарти також підкреслюють необхідність збереження конфіденційності пацієнтів та забезпечення їх прав при проведенні скринінгу і лікуванні. Державна підтримка включає закупівлі сучасних противірусних препаратів (наприклад, софосбувір/велпатасвір) для безкоштовного лікування, фінансування програм скринінгу серед уразливих груп та проведення інформаційних кампаній [97–100].

МОЗ скасовує застарілі клінічні настанови (з інтерфероновою терапією) і впроваджує спрощені протоколи згідно з рекомендаціями ВООЗ. Нові стандарти допомоги при ГС та ГВ дозволяють одразу призначати сучасні препарати після підтвердження діагнозу, без зайвих дорогих тестів. Зокрема зазначено, що тепер лікування може проводити будь-який лікар, пройшовши навчання, — що наближає послуги до пацієнта. Окремий розділ протоколів присвячено списку груп населення, яким рекомендоване тестування: наприклад, усі особи повинні пройти обстеження на ГС щонайменше один раз у житті, а при наявності факторів ризику — регулярно. Це відповідає стратегії ВООЗ щодо активного пошуку випадків інфікування [97–100].

Для раннього виявлення інфікованих активно застосовують серологічні та молекулярні методи: ПЛР (визначення РНК вірусу) і ІФА-скринінг на антитіла та антигени, швидкі тести. Детально визначено перелік осіб з підвищеним ризиком інфікування: це донори крові, пацієнти на гемодіалізі, медперсонал з ризиком контакту з кров'ю, особи з гіперактивністю АЛТ, споживачі ін'єкційних наркотиків, ВІЛ-позитивні, ув'язнені, діти від матерів з ГС, люди з татуюваннями чи партнером із ГС тощо. Це дозволяє пріоритетно проводити скринінг та направляти їх на лікування [107].

Для забезпечення якісного діагностування використовуються сучасні лабораторні технології (ІФА, ПЦР) Крім стаціонарних методів, поширені й швидкі тести на антитіла, а також ініціативи щодо самоперевірки. Для зручності населення у великих містах та віддалених районах працюють медоб'єднання, а сімейні лікарі мають проводити обстеження пацієнтів на ГВ та ГС швидкими тестами. Основним превентивним заходом є вакцинація проти ГВ згідно з національним календарем (перша доза — у пологовому будинку, наступні — у 2 та 6 місяців). Серед дорослих ризикованих груп (медики, наркозалежні, ВІЛ-позитивні тощо) проводять додаткові щеплення проти ГВ та консультації [108].

Держава підтримує інформаційні кампанії до Всесвітнього дня боротьби з гепатитами (28 липня): у 2024 р. тема акції — «Тестуйся. Лікуйся. Вакцинуйся» (World Hepatitis Day), що підкреслює важливість комплексних заходів із

профілактики, діагностики і лікування. Регіональні центри контролю і профілактики ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ» та ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» організовують безкоштовні лекції, роздають інформаційні матеріали і залучають громадські організації. До роботи з групами ризику залучають і місцеві медпрацівники. У Рівненській області в рамках проєкту «Профілактика хвороб на колесах» вже з травня 2025 р. запрацювала мобільна амбулаторія: команда фахівців надає безоплатний та конфіденційний скринінг на ВІЛ, туберкульоз, ВГ та ІПСШ, а також консультує з питань здоров'я. Одночасно медики навчають населення правилам безпечного ін'єкційного введення, гігієни, небезпеці «пізніх» ускладнень (цироз, рак печінки). Усі ці заходи підтримуються місцевою владою: так, на Львівщині постійно роблять наголос на своєчасному зверненні за допомогою і наявності ліцензованих процедурних кабінетів у кожному районі.

Послуги з діагностики та лікування ВГ є переважно в регіональних лікарнях та ЦПМСД, поліклініках при центрах інфекційної та гастроентерологічної служби. У Львівській області функціонують обласні та районні центри по боротьбі з інфекціями, де є можливість призначити лікування ВГ. У Рівненській області аналогічні послуги надають Рівненський обласний гепатологічний центр та територіальні медзаклади, а тепер ще й мобільна амбулаторія. Водночас у обох регіонах працюють благодійні організації (наприклад, ГО «100% життя», «ЛЖВ») і пацієнтські мережі, що допомагають направляти людей на обстеження та супроводжують тих, хто отримує терапію [105,109].

На національному рівні МОЗ консультується з ВООЗ і іншими міжнародними експертами. Наприклад, у 2017–2021 рр. ВООЗ спільно з ЦГЗ та CDC США проводила місію оцінки реакції України на епідемію гепатитів і рекомендувала розробити Національний план з боротьби з гепатитами. Іноземні донори (CDC, USAID, Global Fund) фінансують проєкти лікування уразливих груп. Мережа Alliance for Public Health із 2015 р. реалізує програми розширеного доступу до лікування ГС для уразливих груп, впроваджуючи сучасні препарати у стандартні схеми терапії. Україна підтримує навчання лікарів і навіть

безпосередньо долучена до регіональних проєктів (як мобільна амбулаторія в Рівному). Таким чином, імплементація рекомендацій ВООЗ в Україні відбувається за підтримки широкого міжнародного консенсусу та коаліції державних, громадських і міжнародних партнерів [110–112].

В Україні відбувається всебічне оновлення системи протидії ВГ: державні програми і стандарти приводяться у відповідність до рекомендацій ВООЗ та інших провідних організацій, розширюється скринінг і лікування ВГ, посилюється превенція через вакцинацію і просвіту. На Львівщині і Рівненщині ці тенденції видно у проведенні масових акцій тестування, доступності безкоштовних послуг і мобільних виїздів, а також у залученні міжнародних ресурсів для підвищення якості допомоги при ВГ. Однак потребує допрацювання на державному рівні система обліку гепатиту Е, гепатиту D, поєднаних форм ВГ, а також облік поширеності ГВ та ГС в регіонах, хворих у ускладненням ВГ (цироз печінки, ГЦК тощо), смертей від ВГ [113–115].

3.3. Пропозиції щодо покращення проведення моніторингу та епіднагляду за вірусними гепатитами А, В, С на національному та регіональному рівнях

Пропозиції щодо покращення моніторингу та епіднагляду за вірусними гепатитами А, В, С на національному рівні в Україні.

1. Уніфікувати та створити цифровий збір даних шляхом запровадження єдиної електронної системи моніторингу гепатитів, інтегровану з eHealth та іншими системами МОЗ, проводити електронну реєстрація усіх випадків ГА, ГЕ, ГВ, ГС, ГD, поєднаних форм вірусних гепатитів, даних про поширення ВГ, смертей від ВГ у режимі реального часу включно з лабораторними підтвердженнями, створити персоналізовану базу спостереження з унікальним ідентифікатором пацієнта, щоб відслідковувати весь маршрут: від діагностики до одужання чи хронізації.

2. Розширити лабораторний епіднагляд: забезпечити універсальний доступ до діагностики ВГ швидкими тестами на рівні ЦПМСД, ІФА-діагностики, ПЛР-діагностики гепатитів А, В і С, стандартизувати методики тестування згідно з рекомендаціями ВООЗ/CDC, запровадити секвенування генотипів вірусу ГА під час спалахів, для встановлювлення джерела інфекції.

3. Інтеграція в міжнародні системи: подавати дані у Глобальну систему епіднагляду за ВГ ВООЗ (GHSS), активізувати участь у проєктах Європейського регіонального бюро ВООЗ, CDC та ECDC (спільне секвенування, порівняння тенденцій), використовувати міжнародну технічну допомогу (CDC, GIZ, Global Fund) для навчання персоналу та розвитку лабораторій.

4. Посилення кадрів і навчанння: навчити епідеміологів та лаборантів сучасним стандартам виявлення, репортингу, інтерпретації даних з ВГ, провести модулі онлайн та офлайн-курсів для сімейних лікарів, працівників ЦПМСД та регіональних ЦКПХ, запровадити єдині СОП (стандарти операційних процедур) для моніторингу гепатитів.

5. Регулярна аналітика та публікація даних: встановити практику щорічного національного звіту за типом “Hepatitis Surveillance Report” (аналогічно до ECDC чи CDC), дані мають включати: рівень захворюваності за типами, охоплення скринінгом, щепленнями проти ГВ. кількість нових/лікуваних пацієнтів, спалахи ГА, ГВ, ГС, географічне поширення та динаміку; створити відкриті дашборди на основі електронних даних.

6. Забезпечити нагляд у групах ризику: визначити наглядові точки серед СІН (споживачів ін’єкційних наркотиків), пацієнтів з хронічними хворобами печінки, ВІЛ-позитивних, медперсоналу, в'язнів тощо, забезпечити щорічне планове обстеження з централізованим внесенням результатів, моніторити охоплення тестуванням і позитивність.

7. Забезпечити охоплення щепленням проти ГВ дітей віком до одного року відповідно до Календаря профілактичних щеплень на рівні 95%.

8. Забезпечити вакцинопрофілактику ГВ серед медичних працівників і ключових груп населення в усіх регіонах країни.

Пропозиції щодо покращення моніторингу та епіднагляду за вірусними гепатитами А, В, С на регіональному рівні (на прикладі Рівнеської та Львівської областей)

1. Посилити роль обласних центрів контролю і профілактики хвороб (ЦКПХ): забезпечити ЦКПХ Рівненської та Львівської областей необхідним лабораторним обладнанням для ІФА-діагностики та ПЛР-діагностики гепатитів, створити міжрайонні лабораторії/пункти забору біоматеріалу з транспортуванням до ЦКПХ, зміцнити кадровий потенціал за рахунок підготовки епідеміологів та лаборантів саме для потреб профілактики і боротьби з ВГ.

2. Удосконалити облік та звітність: запровадити обласний реєстр пацієнтів з вірусними гепатитами В і С, D з можливістю інтеграції в національну базу даних, уніфікувати форми звітності між ЦПМСД, лікарнями та ЦКПХ, автоматизувати регулярний аналіз даних та виявлення «гарячих точок».

3. Активно виявляти хворих ВГ вразливих груп населення: проводити щорічне тестування груп ризику (СІН, ВІЛ+, пацієнти з ураженням печінки, ув’язнені), організовувати виїзні сесії тестування у громадах з високим рівнем інфікування, залучати мобільні амбулаторії для тестування у сільських районах

4. Покращити міжсекторальну взаємодію: розробити регіональні дорожні карти боротьби з ВГ спільно з місцевими органами самоврядування, НСЗУ та закладами охорони здоров’я, залучити громадські організації до просвітницької роботи та супроводу пацієнтів, створити мультидисциплінарні команди для ведення випадків (сімейний лікар + інфекціоніст + соціальний працівник).

5. Посилити інформаційну кампанію та освіту населення: регулярно проводити інформаційні кампанії з профілактики та важливості тестування на ВГ, використовувати місцеве телебачення, радіо, соціальні мережі та ЗМІ, залучати лідерів громад до поширення знань та зменшення стигми.

6. Для зниження ризику інфікування пацієнтів при проведенні гемодіалізу забезечити: вакцинацію всіх пацієнтів від ГВ, у відділеннях дотримуватись стандартів інфекційного контролю, регулярно проводити тестування пацієнтів та персоналу на ГВ та ГС, вести облік та проводити розслідування усіх нових випадків гепатиту серед пацієнтів на гемодіалізі, якісно проводити стерилізацію медичного інструментарію багаторазового використання.

7. Для зниження ризику інфікування ГВ і ГС при переливанні крові застосовувати комплекс заходів**:** проводити тестування крові на HBsAg (гепатит В), anti-HCV (гепатит С), NAAT (ампліфікація нуклеїнових кислот для виявлення РНК/ДНК (RNA/DNA вірусу), перевагу надавати переливанню окремих компонентів крові (плазма, еритроцити, тромбоцити), що знизить ризик інфікування, добір надійних донорів та ведення реєстру небезпечних донорів (заборона на повторне донорство для осіб із позитивними результатами чи підозрою на гепатит).

8. Для зниження ризику інфікування ГВ і ГС через нозокоміальну інфекцію в лікувальних закладах впровадити комплекс інфекційного контролю та суворо дотримуватись медичних протоколів: дотримуватись стандартів інфекційного контролю (запобіжні заходи при роботі з кров'ю та біологічними рідинами), в роботі використовувати лише одноразові голки та шприци, репроцесинг інструментів багаторазового використання проводити згідно затверджених СОП (стандартів операційних процедур), вакцинувати медичний персонал від ГВ, регулярно проводити тестуваннння персоналу та пацієнтів (у групі ризику) (у разі контакту з кров'ю пацієнтів або інцидентів з ушкодженням шкіри).

9. Щоб знизити шляхи інфікування невстановленими чи іншими шляхами передачі перш за все рекомендовано: сувора гігієна побуту (не користуватися спільними бритвами, зубними щітками, ножицями), контроль безпеки в побуті та послугах (обирати лише сертифіковані салони краси, тату-студії, стоматкабінети**,** де інструменти стерилізують після кожного клієнта),

вакцинація від ГВ, тестування на виявлення джерел інфекції (регулярні скринінги для людей з підвищеним ризиком (медпрацівники, партнери інфікованих), освітня робота і підвищення обізнаності (люди часто інфікуються неусвідомлено — тому потрібна **п**росвіта щодо реальних шляхів передачі і способів захисту).

10. Підвищення рівня тестування на ГВ і ГС на рівні сімейної медицини шляхом розробки комплексу дій на рівні системи охорони здоров'я, управління ЗОЗ і самих лікарів: проведення тематичних тренінгів, семінарів**,** вебінарів про важливість ранньої діагностики гепатитів; надання чітких клінічних маршрутів пацієнтів при виявленні HBsAg чи anti-HCV; ознайомлення з Національною стратегією з елімінації вірусних гепатитів; інтегрувати тестування на гепатити в стандартні пакети обстеження (наприклад, при профоглядах, обстеженнях вагітних, при підготовці до операцій тощо); включити індикатор ефективності (% пацієнтів, протестованих на ВГВ/ВГС), налагодити логістику доставки експрес-тестів або ІФА у заклади ПМСД, налагодити співпрацю з лабораторіями про проведення безкоштовного або компенсованого тестування для певних категорій населення (наприклад, у межах держпрограм або проєктів), інформування пацієнтів (плакати, листівки в кабінетах, залучення медсестер до роз'яснювальної роботи).

11. У подальшому в розробці Регіональних планів передбачати забезпечення доступу населення, в т. ч. осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин до скринінгу, діагностики та лікування ГВ і ГС на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Разом із отриманням послуг із діагностики та лікування ГВ і ГС, забезпечити направлення осіб (які мають підвищений ризик інфікування ГВ і ГС, що пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, чоловіків, які мають секс з чоловіками, осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду), для попередження інфікування та передачі інфекції іншим до закладу охорони здоров'я чи організації, яка надає послуги з профілактики, що надаються в рамках Порядку надання послуг з профілактики вірусу імунодефіциту (ВІЛ)

серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ, затвердженого наказом МОЗ від 20 лютого 2024 р. № 288 [116]. Впровадження системи заходів із забезпечення безпечності інвазійних процедур та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я і закладах побутового обслуговування, у яких існує ризик інфікування вірусними гепатитами.

Висновки до 3 розділу

Втілення Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ з ВГ на 2022–2030 роки в Україні здійснюється через національну стратегію та регіональні ініціативи, орієнтуючись на досягнення трьох основних цілей: попередження 90% нових випадків інфекції, діагностика 90% осіб з ВГ; надання лікування 90% пацієнтів з ГВ та ГС.

МОЗ України та відповідні агенції активно розробляють державні програми боротьби з ВГ, враховуючи цілі ВООЗ щодо елімінації цієї епідемії до 2030 року. Зокрема, оновлено накази і стандарти медичної допомоги при ГВ таВГС, що розширюють доступ до лікування і акцентують увагу на ранньому виявленні. Однак потребує допрацювання на державному рівні система обліку гепатиту Е, гепатиту D, поєднаних форм ВГ, а також облік поширеності ГВ та ГС в регіонах, хворих у ускладненням ВГ (цироз печінки, ГЦК тощо), смертей від ВГ.

ВИСНОВКИ

У ході підготовки та написання кваліфікаційної роботи поставлені завдання виконані в повному обсязі.

1. Проведено огляд публікацій зарубіжних та вітчизняних джерел, щодо захворюваності на ВГ на глобальному, європейському, національному та регіональному рівнях. Підтверджено, що проблема захворюваності вірусними гепатитами залишається актуальною в Україні та потребує постійної уваги з боку професійного медичного середовища на різних рівнях управління та органів місцевого самоврядування.

2. Проведено збір, систематизацію, аналіз та оцінку даних захворюваності на ВГ на національному рівні. Встановлено, що у 2023 р. в Україні спостерігається ріст захворюваності ГА в 3,7 рази порівняно з 2022 р. з 0,68 випадків на 100 тисяч населення до 2,56 випадки на 100 тисяч населення. У Львівській області захворюваність ГА за цей період зросла в 1,4 рази. Захворюваність ГГВ в Україні в 2023 р. порівняно з 2022 р. зросла у 1,4 рази, ХГВ — у 1,5 рази, ГГС — у 1,4 рази, ХГС — у 1,7 рази.

3. Доведено, що повномасштабна російська військова агресія проти України, яка розпочалась 24 лютого 2022 р., призвела до підвищення ризиків зараження гепатитом А, В, С в Рівненській і Львівській областях. На Рівненщині та Львівщині захворюваність ГГВ у 2023 р. порівняно з 2022 р. підвищилась відповідно у 1,8 та 1,6 рази. Захворюваність ХГВ за цей період збільшилась в Рівненській області — в 1,6 рази, у Львівській області — в 2,3 рази.

Окрім цього, за період з 2018–2023 рр. захворюваність ГГС на території Львівської області зросла з 1,1 вип. на 100 тис. населення (2018 р.) до 1,22 вип. на 100 тисяч населення (2023 р.). У той же час захворюваність ГГС у Львівській області за 2020–2023 рр. була вищою середньодержавного показника в 1,9 рази (2021 р.), в 1,6 рази (2022 р.), в 1,1 рази (2023 р.). У Рівненській області в 2023 р. спостерігається ріст захворюваності ГГС в 4,69 рази до 1,22 випадки на 100 тисяч населення порівняно з 2020 р. (0,26 випадки на 100 тисяч населення).

Захворюваність ХГС у Львівській області за 2022–2023 роки була вищою середньодержавного показника в 1,12 рази (2022 р.), в 1,09 рази (2023 р.). У Рівненській області у 2023 р. спостерігається ріст захворювання ХГС до 8,11 випадків на 100 тисяч населення (ріст в 2,53 рази порівняно із 2021 р.).

Виявлено, що найбільш уразливою віковою групою серед хворих ГА були особи працездатного віку 25–49 років, у Рівненській області відсоток цих хворих складав 40,48 % (85 осіб) , а в Львівській області — 46,21 % (140 осіб). Діти віком 0–14 років в структурі захворюваності ГА складали в Рівненській області 20,0% (42 осіб), в Львівській області — 20,46% (62 осіб). У Рівненській області найбільша кількість хворих ГГВ реєструвалась серед працездатних осіб 25–49 років (49,18% (30 випадків) у 2017 р. та 41,38% (24 випадки) у 2023 р.), в той час як у Львівській області найбільша кількість хворих ГГВ виявлялась у осіб 50 р. і старше (у 2017 р. кількість хворих у цій групі становила 39,6% (40 осіб), та 61,91% (65 осіб) у 2023 р.). Серед хворих ХГВ у Рівненської області найбільш уразливими були особи віком 25–49 років (72,23% у 2017 р. та 40,74% у 2023 р.), та ж закономірність спостерігалась в Львівській області (62% у 2017 р. та 48,7% у 2023 р.). Серед населення 25–49 років обох областей реєструвалось найбільше хворих ГГС та ХГС, порівняно з іншими віковими групами.

4. Проведено збір, систематизацію, аналіз та оцінку даних захворюваності на ВГ на місцевому рівні (на прикладі Радивилівської ТГ та Бродівської ТГ). Показано, що на місцевому рівні у 2023 р. в Бродівській ТГ спостерігалась тенденція до зростання захворюваності ГГВ в 1,9 рази до 3,36 вип. на 100 тисяч населення, ХГВ — до 1,87 вип. на 100 тисяч населення, ХГС у віковій групі 25–49 років до 8 випадків (80%) у 2023 р. Хворі ГГВ у Радивилівській ТГ реєструвалися у 2020 р., показник становив 2,72 вип. на 100 тисяч населення.

5. Проаналізовано дані щодо смертності та летальності від ВГ осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, а також осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні на національному та регіональному рівнях (на прикладі Рівненської та Львівської областей). Виявлено, що Україні за 2014–2023 рр. показник летальності від ВГ у осіб, які постраждали внаслідок

аварії на Чорнобильській АЕС, був в межах 0,17–0,33%. Найнижчий показники були у 2017, 2019 роках — 0,03%, а найвищий у 2022 р. — 0,33 %. У Рівненській області, порівняно з Україною, показник летальності в 2014 р. був вищий в 1,4 рази (Рівненська область — 0,25 %, Україна — 0,17%), у 2016 р. — у 5,7 рази (Рівненська область — 0,2 %, Україна — 0,035%).

Також встановлено, що в Україні за період 2014–2023 рр. коефіцієнт смертності від ВГ у осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, був в межах 0,0023 ‰ – 0,0035‰. У Львівській області спостерігається тенденція до росту коефіцієнту смертності від 0,0005 ‰ (2014 рік) до 0,0016‰ (2023 рік), ріст в 3,2 рази. У Рівненській області також спостерігається тенденція до зростання коефіцієнту смертності (у 2014 р. — 0,0003 ‰, у 2017 р. — 0,003 ‰, у 2020 р. — 0,0038 ‰).

6. Показано, що у структурі шляхів передачі ГГВ в Рівненській та Львівській областях спостерігається зменшення інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків (до 7,69% та 4,76% відповідно), через незахищений секс (до 5,17% та 3,8% відповідно), але відмічено зростання інфікування ГГВ шляхом передачі нозокоміальної інфекції (до 15,53% та 12,5% відповідно). Значну питому вагу в обох областях складають випадки з невідомими та іншими шляхами передачі ГГВ (75,86% – 88,55%). У Рівненській області у структурі шляхів передачі ГГС на інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків та сексуальний шлях припадає по 8,33%, на інфікування через гемодіаліз — 7,14%, питома вага випадків з невідомими та іншими шляхами передачі за період спостереження досягла 85,72%.У Львівській області у структурі шляхів передачі ГГС інфікування за рахунок вживання ін’єкційних наркотиків спостерігається на рівні 3,39%, через незахищений секс — 6,67%, відмічається зростання інфікування невстановленими чи іншими шляхами передачі (в 2017 р. зареєстровано 23 випадки (74,19%), а у 2023 р. — 29 випадків (96,67%), ріст в 1,3 рази).

7. Визначено, що у 2023 р. в Львівській області спостерігається збільшення загальної кількості вакцинованих осіб проти ГА у порівнянні із 2019 р. в 6,1 рази,

в тому числі у віковій групі дітей 1 рік і старше — у 8,68 рази та серед дорослого населення — у 2,3 рази.

Протягом 2016–2021 рр. показники виконання щеплень проти ГВ у Рівненській області були нижчими ніж загалом по Україні, у 2022–2023 рр. показники виконання щеплень проти ГВ у Рівненській області покращились та були вище середньодержавного рівня і становили 84,6% у 2022 р. (в Україні 62,4%) та 91,2 % у 2023 р. (в Україні — 79,2%). У Львівській області за 2016–2023 рр. показники виконання щеплень проти ГВ були нижчими ніж загалом по Україні, у 2023 р. показник виконання щеплень проти ГВ у Львівській області виріс до 70,3% (по Україні — 79,2%). Проте в обох областях показник виконання щеплень проти ГВ серед дітей до 1 року не досяг 95%.

8. Підготовлено пропозиції та рекомендації щодо оптимізації діяльності лікарів на рівні первинної медико-санітарної допомоги та обласних центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України, щодо методів координації, вдосконалення системи епідеміологічного нагляду, моніторингу захворювань на ВГ на основі отриманих результатів. Доведено, що вимагає вдосконалення на державному рівні система обліку вірусних гепатитів, зокрема гепатиту Е, гепатиту D, поєднаних форм ВГ, а також обліку поширеності ГВ та ГС в регіонах, хворих з ускладненням ВГ (цироз печінки, ГЦК тощо), смертей від ВГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Глобальний звіт про вірусний гепатит 2024. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672. (дата звернення 18.12.2024).

2. Всесвітній день боротьби з вірусними гепатитами 2024: настав час діяти. URL: https://phc.org.ua/news/vsesvitniy-den-borotbi-z-virusnimi-gepatitami-2024-nastav-chas-diyati. (дата звернення: 03.01.2025).

3. План дій сектора охорони здоров'я по боротьбі з вірусними гепатитами в Європейському регіоні ВООЗ. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342529/9789289052955-rus.pdf?sequence= 1&isAllowed=y. (дата звернення: 03.01.2025).

4. Звіт. Вірусні гепатити 2020. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/A4_zvit_gepatit1021_online_zamina.pdf. (дата звернення: 04.01.2025).

5. Хронічні вірусні гепатити у військовослужбовців під час АТО/ООС. *Український журнал військової медицини*. 2020. № 2. С. 41–49.

6. Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : Наказ Міністерства оборони України № 490 від 18 серпня 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1467-23#Text. (дата звернення: 03.01.2025).

7. Гепатит. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%-D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82. (дата звернення: 02.01.2025).

8. Глобальний звіт про гепатит, 2017 рік. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455. (дата звернення: 02.01.2025).

9. The Global Hepatitis B Virus Genotype Distribution Approximated from Available Genotyping Data / Velkov S., Ott J. J., Protzer U., Michler T. *Genes (Basel).* 2018. № 9 (10). P. 75–81. DOI: 10.3390/genes9100495. (дата звернення: 22.12.2024).

10. The Global Burden of Viral Hepatitis from 1990 to 2013: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013 / Jeffrey D. Stanaway, Abraham D. Flaxman, Mohsen Naghavi. *Lancet*. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7. (дата звернення: 15.01.2025).

11. Wang Y., Shen B. Detection and Prevention of Virus Infection. DOI: 10.1007/978-981-16-8969-7_2. (дата звернення: 14.01.2025).

12. Jonas M. M. Hepatitis C Infection in Children. *New England Journal of Medicine*. 1999. Vol. 340. № 11. P. 912–913.

13. Incidence and Characteristics of Naturally Occurring Drug-Resistant Hepatitis C Virus Strains / Suda G., Ito J., Morikawa K., Ogawa K., Sakamoto N. *Hepatitis C Virus Treatment*. Singapore : Springer, 2017. С. 45–50.

14. Hepatitis C virus in the new era: perspectives in epidemiology, prevention, diagnostics and predictors of response to therapy / Ansaldi F., Orsi A., Sticchi L., Bruzzone B., Icardi G. *World Journal of Gastroenterology*. 2014. Vol. 20. № 29. С. 9633–9652.

15. *Hepatitis B Virus in Human Diseases / ed.* Liaw Y.-F., Zoulim F. Cham : Springer, 2016. 468 с.

16. Хелемендик А. Б., Рябоконь О. В., Рябоконь Ю. Ю. Моніторинг хворих на хронічний гепатит В без цирозу печінки при визначенні тактики лікування. *Медико-соціальні, правові проблеми репродуктивної медицини та ефективні шляхи їх подолання в умовах реформування медичної галузі України : зб. тез Всеукр. наук.-практ. конференції з міжнар. участю спільно з асоціацією гінекологів-ендокринологів України.* Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. С. 73–75.

17. Криничко Л. Р. Оцінка сучасного стану здоров’я населення України. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4(94). С. 142–149.

18. Трихліб В., Грушкевич В., Сморгунова В. Парантеральні вірусні гепатити у військовослужбовців. *Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції.* Суми, 2016. С. 187–190.

19. Вірус гепатиту А. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a. (дата звернення 04.01.2025).

20. Scientific background the discovery of Hepatitis C virus. URL: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2020/advanced-information/. (дата звернення: 12.01.2025).

21. *Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection*. Geneva, 2018. 84 p. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/273174/9789241550345-eng.pdf?sequence=1. (дата звернення: 12.01.2025).

22. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment and current and emerging prevention and control measures. *Journal of Viral Hepatitis*. 2004. № 11 P. 97–107.

23. Гострі вірусні гепатити у дітей / укл. Усачова О. В. та ін. Запоріжжя, 2016. 95 с.

24. Щеплення від гепатиту В: чому варто робити і не відкладати? URL: https://phc.org.ua/news/scheplennya-vid-gepatitu-v-chomu-varto-robiti-i-ne-vidkladati. (дата звернення: 12.12.2024).

25. Гепатит В. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Гепатит_В. (дата звернення: 13.01.2025).

26. Вірус гепатиту А. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a. (дата звернення: 04.01.2025).

27. Pintó R. M., Bosch A. Advances in Understanding of Hepatitis A Virus as a Food and Waterborne Pathogen and Progress With Vaccine Development. *Viruses in Food and Water: Risks, Surveillance and Control. 2013. P. 349–361*.DOI:10.1533/9780857098870.4.349. (дата звернення: 02.01.2025).

28. Robert Koch Institute. *Infectious Disease Epidemiology Annual Report – 2021*. Berlin : Robert Koch Institute 2022. 100 p.

29. Значення генотипів вірусу гепатиту В у клінічній практиці / Зайцев І., Новак І., Зайцева О., Кирієнко В. *Актуальна інфектологія*. 2021.№ 7(2). С. 63–70.

30. Вірус гепатиту А. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a (дата звернення 04.01.2025).

31. Зайцев І. Вірусні гепатити у жінок репродуктивного віку. *Актуальна інфектологія*. 2022. № 5 (3). С. 123–128.

32. Скачко Б. Г. Гепатит: профілактика, лікування, реабілітація Київ : Медицина, 2006. 224 с.

33. Соціальна, клінічна та епідеміологічна доцільність ведення реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити на прикладі Дніпропетровського регіону / Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Ніколайчук М. А., Шевельова О. В., Чикаренко З. О.та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 4. С. 59–67.

34. Зайцев І., Мірошніченко В. Скринінг на вірусні гепатити: актуальність проблеми та шляхи вдосконалення (огляд літератури). *Актуальна інфектологія*. 2022. № 5 (2). С. 71–77.

35. Гострий вірусний гепатит у військовослужбовців під час активних бойових дій з Росією / Трихліб В. І., Грушкевич В. В., Савицький В. Л., Боклан Ю. О., Буракова Т. В. та ін. *Український військово-медичний журнал.* 2024. № 5 (1). С. 78–85.

36. Сорокман Т., Молдован П., Макарова Е. Структура вірусних гепатитів у дітей грудного віку. *Актуальна інфектологія*. 2022. № 5 (2). С. 85–89.

37. Сергеєва Т. А., Задорожна В. І., Бугаєнко Н. С. Особливості епідемічного процесу гепатиту В в Україні під час епідемії COVID-19 та воєнного стану. *Інфекційні хвороби*. 2024. №2. С. 13–29.

38. Олашин І. В. Аналіз епідеміологічної структури збудників внутрішньолікарняних інфекцій у стоматологічних закладах. *Intermedical journal*. 2024. №1. С. 147–154.

39. Хоронжевська І., Гущук І., Сафонов Р. ПЛР-діагностика як ефективний інструмент молекулярної епідеміології в діагностиці то протидії

біологічним загрозам на сучасному етапі. *Public Health Journal*. 2023. № 4. С. 87–93.

40. Сковронська І., Толокова Т. Вірусний гепатит С як професійна патологія та заходи щодо його профілактики у лікувальних закладах. *Медсестринство*. 2018. № 1. С. 23–26.

41. Можливості профілактики та своєчасної діагностики парентеральних вірусних гепатитів на первинній ланці у дітей та підлітків / Медведовська Н., Бацюра Г., Касьяненко І., Крижня О., Титаренко С. *Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці : зб. робіт сучасн. конференції з міжнар. участю*. Київ, 2018 С. 100–104.

42. Хоронжевська І., Юхимчук Ю. Стан захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Львівській області 2019–2023 роки. *Public Health Journal*. 2024. № 2. С. 114–123.

43. Єфімова І. Перспективність пошуку диференційно-діагностичних ознак вірусних гепатитів В та С. *Сьогодення біологічної науки : матеріали II Міжнародної наукової конференції*. Суми, 2018. С. 193–194.

44. Чемич М., Лішневська А. Хронічний вірусний гепати С: клініко-епідеміологічні особливості, сучасні методи діагностики та лікування, взаємозв'язок з автоімунними порушеннями. *Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень*. 2017. № 5. С. 749–760.

45. Таран О. Вірусний гепатит С у пацієнтів із хронічною хворобою нирок і на замісній нирковій терапії: діагностика й лікування. *Počki*. 2020. № 9. С. 80–84.

46. Ефективність різних схем противірусної терапії хворих на хронічний гепатит С, інфікованих вірусом генотипу / Рябоконь Е., Калашник К., Царьова Е., Іпатова Д., Рябоконь Ю. *Актуальна інфектологія*. 2021. № 6 (1). С. 24–27.

47. **Хоронжевська І. С., Юхимчук Ю. М.** Захворюваність гепатитом А серед населення Рівненської та Львівської областей за період 2015–2024 роки. *Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини : збірка*

матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. URL: https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/9767/1/virusni.pdf. (дата звернення: 24.04.2025).

48. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2014.

49. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2015.

50. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2016.

51. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2017.

52. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2018.

53. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2019.

54. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2020.

55. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2021.

56. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2022.

57. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2023.

58. *Гепатит С в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягаря (за результатами аналізу даних з різних джерел).* Київ : ЦГЗ МОЗ України, 2018. 111 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/VGC-2018. (дата звернення: 18.03.2025).

59. Вірусні гепатити в Україні: звіт за 2020 рік. Київ : ЦГЗ МОЗ України, 2021. 67 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/-A4_zvit_gepatit1021_online_zamina. (дата звернення: 18.03.2025)

60. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2014 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

61. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2015 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

62. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2016 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

63. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2017 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

64. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2018 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

65. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2019 згідно з наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378.

66. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2020 згідно з наказом України від 02.06.2009 № 378.

67. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2021 згідно з наказом України від 02.06.2009 № 378.

68. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2022 згідно з наказом України від 02.06.2009 № 378.

69. Форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення» 2023 згідно з наказом України від 02.06.2009 № 378.

70. *Методичні рекомендації з лабораторної діагностики вірусних гепатитів.* Київ, 2020. 45 с.

71. Статистична форма № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (місячна).

72. Статистична форма № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (річна).

73. Національна відповідь програм протидії ВІЛ, туберкульозу, вірусним гепатитам та надання замісної підтримувальної терапії в умовах широкомасштабного вторгнення Росії : річний звіт Центру громадського здоров'я. Київ, 2023. URL: https://phc.org.ua/news/nacionalna-vidpovid-program-protidii-vil-tb-vg-ta-nadannya-zpt-v-umovakh-shirokomasshtabnogo. (дата звернення: 24.04.2025).

74. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2014.

75. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики» .2015.

76. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2016.

77. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2017.

78. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2018.

79. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2019.

80. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2020.

81. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2021.

82. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2022.

83. Статистична форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики». 2023.

84. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2014.

85. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2015.

86. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2016.

87. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2017.

88. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2018.

89. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2019.

90. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2020.

91. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2021.

92. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2022.

93. Статистична форма № 16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». 2023.

94. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-р. (дата звернення: 25.04.2025).

95. *Глобальна стратегія сектору охорони здоров'я щодо вірусних гепатитів на 2016–2021 роки: до елімінації вірусних гепатитів як загрози для громадського здоров'я.* Женева : ВООЗ, 2016. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177. (дата звернення: 25.04.2025).

96. **Комов О.Д., Гущук І. В.** *Рівненщина та Чорнобильська аварія. 30 років потому.* Рівне ; Острог, 2016. 128 с. URL: https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/6677/1/-rivnenshchina_ta_chornobilska_avariya_30_rokiv_tomu.pdf. (дата звернення: 26.04.2025).

97. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей» : Наказ МОЗ України від 27 січня 2025 р. № 165. URL : https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-27-01-2025-165-pro-zatverdzhennya-standartiv-medichnoyi-dopomogi-virusnij-gepatit-v-u-ditej-virusnij-gepatit-v-u-doroslih/. (дата звернення: 26.04.2025).

98. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих» : Наказ МОЗ України від 27 січня 2025 р. № 165. URL : https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-27-01-2025-165-pro-zatverdzhennya-standartiv-medichnoyi-dopomogi-virusnij-gepatit-v-u-ditej-virusnij-gepatit-v-u-doroslih/. (дата звернення: 26.04.2025).

99. Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих : Наказ МОЗ України від 15 січня 2021 р. № 51. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0051282-21#Text. (дата звернення: 26.04.2025).

100. Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дітей : Наказ МОЗ України від 15 січня 2021 р. № 50. URL: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--50-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-c-u-ditej/ (дата звернення: 26.04.2025).

101. Про затвердження Операційного плану заходів з реалізації Національної стратегії елімінації вірусних гепатитів В та С до 2030 року :

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 р. № 564-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-р. (дата звернення: 26.04.2025).

102. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva : WHO. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06. (дата звернення: 27.04.2025).

103. Про схвалення *Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року :* Розпорядження Кабінет Міністрів України КМУ від 27.11.2019 р. № 1415-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text. (дата звернення: 25.01.2025).

104. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva : WHO, 2018. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345 (дата звернення: 25.01.2025).

105. *Про затвердження Регіонального план узаходів з реалізації у 2025–2026 роках Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року* : Розпорядження Львівської ОДА від 24 січня 2025 р. № 55/0/5-25ВА). URL: https://loda.gov.ua/documents/127624. (дата звернення: 25.01.2025).

106. *Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2025–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року в Рівненській області* : Розпорядження Рівненської ОДА від 17 лютого 2025 р. № 90. URL: https://www.rv.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-realizatsii-u-2025-2026-rokakh-derzhavnoi-stratehii-u-sferi-protydii-vil-infektsiisnidu-tuberkulozu-ta-virusnym-hepatytam-na-period-do-2030-r. (дата звернення: 18.02.2025).

107. Діагностика вірусних гепатитів. URL: https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/virusni-gepatiti/diagnostika-virusnikh-gepatitiv. (дата звернення: 18.02.2025).

108. Національний календар профілактичних щеплень: перевірте чи вакцинована дитина від небезпечних захворювань. URL: .https://moz.gov.ua/uk/nacionalnij-kalendar-profilaktichnih-scheplen-perevirte-chi-vakcinovana-ditina-vid-nebezpechnih-zahvorjuvan. (дата звернення: 20.02.2025).

109. Інформація про діяльність з підтримки пацієнтів з вірусними гепатитами. URL: https://www.100percentlife.org.ua. (дата звернення: 25.02.2025).

110. *Звіт про місію оцінки реакції України на епідемію вірусних гепатитів.* URL: https://phc.org.ua/news/vos-misiya-otsinki-reaktsii-ukraini-na-epidemiiu-gepatitiv. (дата звернення: 25.02.2025).

111. *Підтримка міжнародних донорів у боротьбі з вірусними гепатитами в Україні.* URL: https://phc.org.ua/projects/international-support-hepatitis. (дата звернення: 25.02.2025).

112. *Програми розширеного доступу до лікування гепатиту С в Україні*. URL: https://aph.org.ua/projects/hepatitis-treatment-access. (дата звернення: 25.02.2025).

113. *Звіт про стан системи протидії вірусним гепатитам в Україні*. URL: https://moz.gov.ua/hepatitis-report-2024. (дата звернення: 25.05.2025).

114. *Національна стратегія України щодо елімінації вірусних гепатитів до 2030 року.* URL: https://phc.org.ua/strategy-hepatitis-ukraine-2030. (дата звернення: 25.05.2025).

115. Guidelines for hepatitis surveillance and control. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240058384. (дата звернення: 25.05.2025).

116. *Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ :* Наказ Міністерства охорони здоров'я України. від 20 лютого 2024 р. № 288 зі змінами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0332-24#Text. (дата звернення: 25.04.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 9.2 Захворюваність на вірусні гепатити за статтю, віком та шляхом передачі Львівська область 2023 рік

Діагноз (МКХ-10)	Шлях передачі	Всього хворих (дані за ф2-річна)	У тому числі									
			Жінки				Чоловіки					
			0-14 років	15-24 роки	25-49 років	50+	0-14 років	15-24 роки	25-49 років	50+		
Гострий гепатит А (В15)		24	3	1	7	3	3		4	3		
Гострий гепатит В (В16)	Вживання ін'єкційних наркотиків	5							4	1		
	Незахищений секс	4							3	1		
	Від матері до дитини											
	Переливання крові	1				1						
	Гемодіаліз	2				1				1		
	Нозокоміальна інфекція*											
	Інше та невідомо	93			10	31		2	21	29		
Хронічний гепатит В (В18.0, В18.1)	Вживання ін'єкційних наркотиків	3							3			
	Незахищений секс	9							7	2		
	Від матері до дитини											
	Переливання крові	1				1						
	Гемодіаліз	6				4			2			
	Нозокоміальна інфекція*											
	Інше та невідомо	96			14	19			30	33		
Гострий гепатит С (В17.1)	Вживання ін'єкційних наркотиків	1							1			
	Незахищений секс											
	Від матері до дитини											
	Переливання крові											
	Гемодіаліз											
	Нозокоміальна інфекція*											
	Інше та невідомо	29			3	12			7	7		
Хронічний гепатит (В18.2)	Вживання ін'єкційних наркотиків	47			1	1		1	41	3		
	Незахищений секс	30			6	2			20	2		
	Від матері до дитини											
	Переливання крові	15				4			6	5		
	Гемодіаліз	6				1			4	1		
	Нозокоміальна інфекція*											
	Інше та невідомо	306	1	3	45	78		2	106	71		
Гепатит Е, гострий (В17.2)												
Гепатит вірусний, неуточнений (В19)												

* Про нозокоміальну інфекцію йдеться, коли пацієнта було інфіковано в закладі охорони здоров'я.

аблиця 9.2 Захворюваність на вірусні гепатити за статтю, віком та шляхом передачі Рівненська область 2023 рі

Діагноз (МКХ-10)	Шлях передачі	Всього хворих (дані за ф2-річна)	У тому числі							
			Жінки				Чоловіки			
			0-14 років	15-24 роки	25-49 років	50+	0-14 років	15-24 роки	25-49 років	50+
Гострий гепатит А (В15)		5				1	1	1	1	1
Гострий гепатит В (В16)	Вживання ін'єкційних наркотиків									
	Незахищений секс	3			1	1				1
	Від матері до дитини									
	Переливання крові									
	Гемодіаліз	2							1	1
	Нозокоміальна інфекція*	9			1	3			2	3
	Інше та невідомо	44		5	4	11		1	15	8
Хронічний гепатит В (В18.0, В18.1)	Вживання ін'єкційних наркотиків									
	Незахищений секс									
	Від матері до дитини									
	Переливання крові									
	Гемодіаліз	1								1
	Нозокоміальна інфекція*									
	Інше та невідомо	26		1	6	2		2	5	10
Гострий гепатит С (В17.1)	Вживання ін'єкційних наркотиків									
	Незахищений секс									
	Від матері до дитини									
	Переливання крові									
	Гемодіаліз	1						1		
	Нозокоміальна інфекція*	1				1				
	Інше та невідомо	12			3	1			7	1
Хронічний гепатит (В18.2)	Вживання ін'єкційних наркотиків	1							1	
	Незахищений секс	3							3	
	Від матері до дитини									
	Переливання крові									
	Гемодіаліз	2							1	1
	Нозокоміальна інфекція*	5			1	2			1	1
	Інше та невідомо	82		1	6	18			39	18
Гепатит Е, гострий (В17.2)										
Гепатит вірусний, неуточнений (В19)		1							1	

* Про нозокоміальну інфекцію йдеться, коли пацієнта було інфіковано в закладі охорони здоров'я.

2023 р.

Таблиця 11. Результати обстеження на вірусний гепатит В (зведена: СЕС, ЛПЗ, СПК та приватно-власні заклади) Львівська область 2023 рік

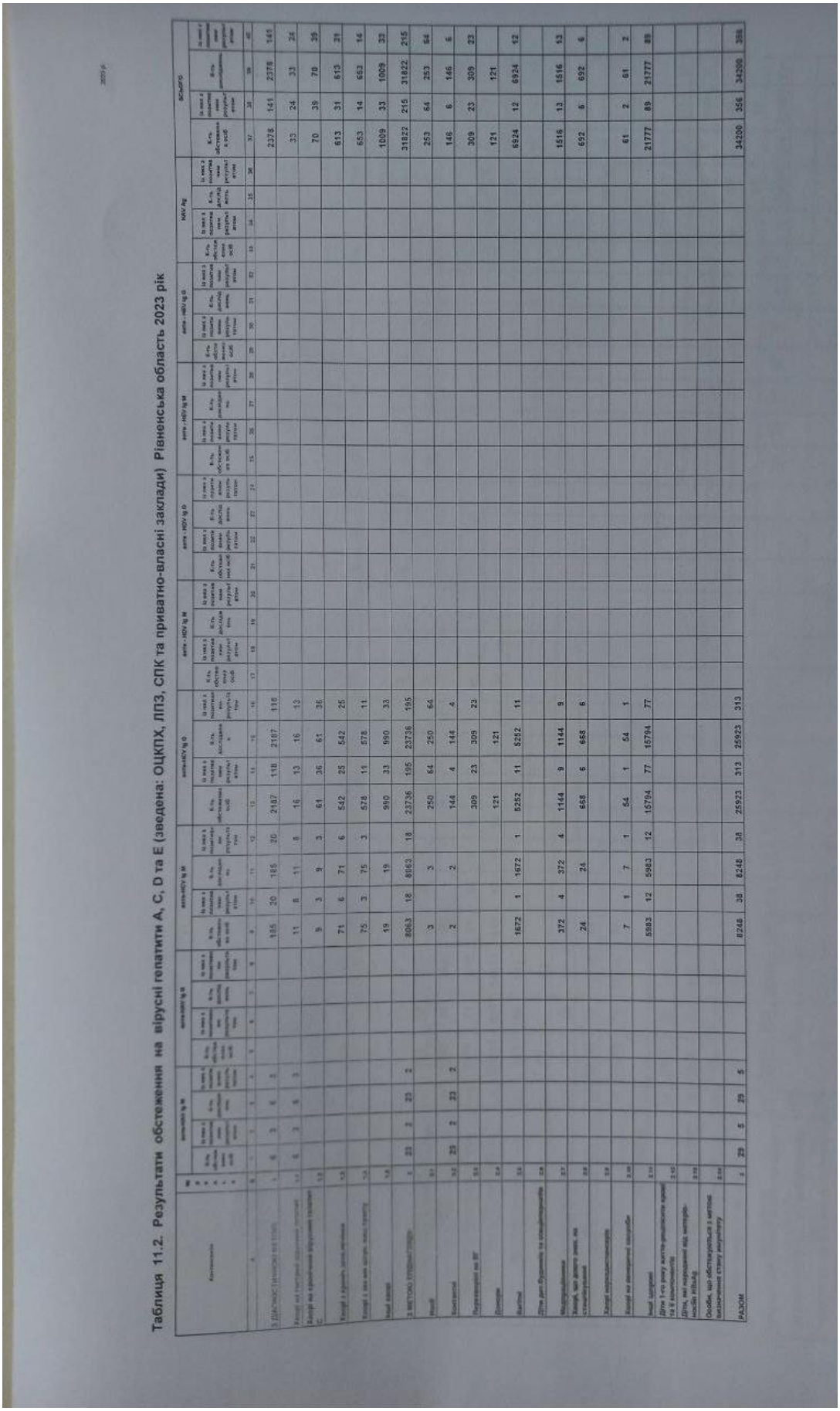
Контингенти	№ рядка	HBs Ag				анти-HBs				анти- HBc Ig M				анти - HBc				HBe Ag				анти- HBe				ВСЬОГО			
		К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ:	1	19436	379	19438	379	155	2	155	2	161	105	161	105	498	120	498	120	229	220	229	220	10		10		20489	826	20491	826
Хворі на гострий вірусний гепатит В	1.1	117	105	119	105	2	2	2	2	117	105	117	105	2	2	2	2	107	105	107	105					345	319	347	319
Хворі на хронічний вірусний гепатит В	1.2	4635	115	4635	115	115		115		14		14		46	26	46	26	117	115	117	115	5		5		4932	256	4932	256
Хворі з хронічними захв.печінки	1.3	4635	115	4635	115	17		17		14		14		46	26	46	26	5		5		5		5		4722	141	4722	141
Хворі з захворюваннями шлунково-кишкового тракту	1.4	7277	24	7277	24	18		18		10		10		7	4	7	4									7312	28	7312	28
Інші хворі з патологією печінки	1.5	2772	20	2772	20	3		3		6		6		397	62	397	62									3178	82	3178	82
З МЕТОЮ ЕПІДНАГЛЯДУ:	2	49647	162	49647	162	4049	112	4049	112	131		135		443	53	443	53									54270	327	54274	327
Носії HBs-антигену	2.1	18	7	18	7	1		1		3		3														22	7	22	7
Контактні	2.2	113	2	113	2	1	1	1	1	1		1														115	3	115	3
Перехворілі на ВГ	2.3	50	1	50	1									17	8	17	8									67	9	67	9
Донори	2.4	23900	22	23900	22																					23900	22	23900	22
Вагітні	2.5	7653	15	7653	15	1		1		126		130		226	3	226	3									8006	18	8010	18
Діти дит.будинків та спецінтернатів	2.6	440		440																						440		440	
Медпрацівники	2.7	6135	5	6135	5																					6135	5	6135	5
Хворі, що довго знах. на стацлікуванні	2.8	416	12	416	12									80	33	80	33									496	45	496	45
Хворі наркодиспансерів	2.9	343	20	343	20									76	6	76	6									419	26	419	26
Хворі на венеричні хвороби	2.10	31	2	31	2	1	1	1	1	1		1														33	3	33	3
Інші здорові	2.11	10548	76	10548	76	4045	110	4045	110					44	3	44	3									14637	186	14637	186
Діти 1-го року життя-реципієнти крові та її компонентів	2.12																												
Діти, які народжені від матерів-носіїв HBsAg	2.13																												
Особи, що обстежуються з метою визначення стану імунітету	2.14																												
РАЗОМ	3	69083	541	69085	541	4204	114	4204	114	292	105	296	105	941	173	941	173	229	220	229	220	10		10		74759	1153	74765	1153

2023 р.

Таб 11. Результати обстеження на вірусний гепатит В (зведена: СЕС, ЛПЗ, СПК та приватно-власні заклади) Рівненська область 2023 рік

Контингенти	№ рядка	HBs Ag				анти-HBs				анти- HBc Ig M				анти - HBc				HBe Ag				анти- HBe				ВСЬОГО			
		К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивним результатом	К-ть досліджень	із них з позитивним результатом
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ:	1	7282	212	7282	212	20	10	20	10	20		20		10	5	10	5	10	4	10	4	10	1	10	1	7352	232	7352	232
Хворі на гострий вірусний гепатит В	1.1	59	57	59	57																					59	57	59	57
Хворі на хронічний вірусний гепатит В	1.2	27	22	27	22	5		5		5		5		5	5	5	5	5	4	5	4	5	1	5	1	52	32	52	32
Хворі з хроніч.захв.печінки	1.3	728	19	728	19	5	4	5	4	5		5		5		5		5		5		5		5		753	23	753	23
Хворі з зах-ми шлунково-кишкового тракту	1.4	3390	43	3390	43																					3390	43	3390	43
Інші хворі з патологією печінки	1.5	3078	71	3078	71	10	6	10	6	10		10														3098	77	3098	77
З МЕТОЮ ЕПІДНАГЛЯДУ:	2	54611	417	54611	417	14	10	14	10	111	42	111	42					70	22	70	22	1	1	1	1	54807	490	54807	490
Носії HBs-антигену	2.1	143	90	143	90																					143	90	143	90
Контактні	2.2	63		63																						63		63	
Перехворілі на ВГ	2.3	97	10	97	10																					97	10	97	10
Донори	2.4	18136	19	18136	19																					19136	19	19136	19
Вагітні	2.5	10305	16	10305	16																					10305	16	10305	16
Діти дит.будинків та спецінтернатів	2.6																												
Медпрацівники	2.7	2161	23	2161	23																					2161	23	2161	23
Хворі, що довго знах. на стацлікуванні	2.8	949	8	949	8																					949	8	949	8
Хворі наркодиспансерів	2.9	43		43																						43		43	
Хворі на венеричні хвороби	2.10	65		65																						65		65	
Інші здорові	2.11	22490	250	22490	250	14	10	14	10	111	42	111	42					70	22	70	22	1	1	1	1	22686	324	22686	324
Діти 1-го року життя-реципієнти крові та її компонентів	2.12																												
Діти, які народжені від матерів-носіїв HBsAg	2.13																												
Особи, що обстежуються з метою визначення стану імунітету	2.14	159		159																						159		159	
РАЗОМ	3	61893	629	61893	629	34	20	34	20	131	42	131	42	10	5	10	5	80	26	80	26	11	2	11	2	62159	722	62159	722

Додаток В



Таблиця 11.2. Результати обстеження на вірусні гепатити А, С, D та Е (зведена: ОЦКПХ, ЛПЗ, СПК та приватно-власні заклади) Рівненська область 2023 рік

2023 р.

Таблиця 11.2. Результати обстеження на вірусні гепатити А, С, D та Е (зведена: СЕС, ЛПЗ, СПК та приватно-власні заклади) Львівська область 2023 рік

Контингенти	№ рядка	анти-HAV Ig M				анти-HAV Ig G				анти-HCV Ig M				анти-HCV Ig G				анти - HDV Ig M				анти - HDV Ig G				анти - HDV Ig M				анти - HEV Ig G				HAV Ag				ВСЬОГО			
		К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом	К-ть обстежених осіб	із них з позитивними результатом	К-ть досліджень	із них з позитивними результатом
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ:	1	138	24	138	24					1507	30	1511	30	9897	406	9897	406																					11542	460	11546	460
Хворі на гострий вірусний гепатит	1.1	138	24	138	24					39	30	39	30	21	2	21	2																					198	56	198	56
Хворі на хронічний вірусний гепатит С	1.2									404		404		824	404	824	404																					1028		1028	
Хворі з хронічн.захв.печінки	1.3									287		289		4793		4793																						5080	404	5082	404
Хворі з зах-ми шлун.-киш.тракту	1.4									160		160		1852		1852																						2012		2012	
Інші хворі	1.5									817		819		2607		2607																						3224		3226	
З МЕТОЮ ЕПІДНАГЛЯДУ:	2	62		62						28339		28339		9539		9539		45	2	45	2																	37985	2	37985	2
Носії	2.1																																								
Контактні	2.2	62		62										28		28		45	2	45	2																	135	2	135	2
Переховрілі на ВГ	2.3									38		38		88		88																						126		126	
Донори	2.4									23900		23900		831		831																						24731		24731	
Вагітні	2.5									1798		1798		1998		1998																						3796		3796	
Діти дит.будинків та спецінтернатів	2.6																																								
Медпрацівники	2.7									848		848		1865		1865																						2713		2713	
Хворі, що довго знах. на стаціонарному	2.8									171		171		566		566																						737		737	
Хворі наркодиспансерів	2.9									76		76		48		48																						124		124	
Хворі на венеричні хвороби	2.10													15		15																						15		15	
Інші здорові	2.11									1508		1508		4100		4100																						5608		5608	
Діти 1-го року життя-реципієнти крові та її компонентів	2.12																																								
Діти, які народжені від матерів-носіїв HBsAg	2.13																																								
Особи, що обстежуються з метою визначення стану імунітету	2.14																																								
РАЗОМ	3	200	24	200	24					29846	30	29850	30	19436	406	19436	406	45	2	45	2																	49527	462	49531	462