

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**фармацевтичний факультет  
кафедра соціальної фармації**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: «ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ  
ГЕПАТИТУ В В УКРАЇНІ»**

**Виконала:** здобувачка вищої освіти групи Фм 21(4,6з)-01  
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація  
освітньо-професійної програми Фармація

Інна ОСАДЧА

**Керівник:** доцент ЗВО кафедри соціальної фармації,  
доктор філософії, (PhD) Альміра НОЗДРІНА

**Рецензент:** доцент ЗВО кафедри організації, економіки та  
управління фармацією ІПКСФ НФАУ,  
к.фарм.н., доцент Олександр СЕВРЮКОВ

**Харків – 2026 рік**

## АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено сучасні підходи до профілактики вірусного гепатиту В та проаналізовано стан охоплення вакцинацією в Україні за період 2015–2025 рр. Проведено порівняльний аналіз відповідності національних заходів глобальній стратегії ВООЗ, а також досліджено регіональні особливості імунопрофілактики

Кваліфікаційна робота викладена на 51 сторінці друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 4 рисунками. Бібліографія включає 37 інформаційних джерел, у тому числі 18 іноземних видань.

*Ключові слова:* гепатит В; вакцинація; імунопрофілактика; епідеміологічний аналіз; профілактичні програми

## ANNOTATION

In this qualification research, modern approaches to the prevention of hepatitis B were examined, and the status of vaccination coverage in Ukraine for the period 2015–2025 was analyzed. A comparative assessment of the alignment between national measures and the WHO Global Strategy was carried out, and regional features of immunoprophylaxis were explored.

The qualification work comprises 51 pages of printed text and includes an introduction, three chapters, and a list of references. The work contains 6 tables and 4 figures. The bibliography includes 37 information sources, among them 18 foreign publications.

*Keywords:* hepatitis B; vaccination; immunoprophylaxis; epidemiological analysis; prevention programs.

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	6
1.1 Етіологія, патогенез, механізми передачі та клінічні прояви вірусного гепатиту В	6
1.2 Групи ризику та профілактика вірусного гепатиту В	13
Резюме до розділу 1	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОТИДІЇ ГЕПАТИТУ В	20
2.1 Дослідження епідеміологічних показників гепатиту В	21
2.2 Аналіз Глобальної стратегії боротьби з вірусними гепатитами	23
2.3 Аналіз виконання глобальної стратегії боротьби з вірусними гепатитами у світі та в Україні	28
Висновки до розділу 2	33
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В В УКРАЇНІ	34
3.1 Вивчення ролі вакцинації у профілактиці гепатиту В в Україні	34
3.2 Стан охоплення вакцинацією проти гепатиту В в Україні	40
3.3 SWOT-аналіз профілактики гепатиту В в Україні	46
Висновки до розділу 3	49
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52
ДОДАТКИ	56

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом передачі збудника належать до найбільш значущих інфекційних захворювань сучасності та становлять вагомую загрозу для громадського здоров'я у глобальному масштабі. За оцінками ВООЗ, близько 2 мільярдів людей у світі мали контакт із вірусом гепатиту В у минулому або є інфікованими нині, тоді як понад 240 млн осіб залишаються хронічними носіями поверхневого антигену вірусу гепатиту В. Приблизно половина населення планети проживає на територіях із високою ендемічністю ГВ, що підтверджує його масштабну епідеміологічну значущість та соціальні наслідки. Водночас за оновленими оцінками ВООЗ, у 2022р. поширеність хронічного гепатиту В у Європейському регіоні становить близько 1,2 %, тоді як на рівні глобальної популяції цей показник перевищує 3,0 %, що демонструє суттєві відмінності між регіонами світу.

В Україні вірусні гепатити посідають провідне місце в структурі інфекційної захворюваності та, за рівнем негативного впливу на здоров'я населення, конкурують із грипом та гострими респіраторними інфекціями. За даними МОЗ України 2021 р., серопревалентність населення становить близько 0,9 %, що відповідає помірній ендемічності, але потребує посилення профілактичних заходів на всіх ланках системи охорони здоров'я. Вірус гепатиту В характеризується надзвичайно високою контагіозністю, у 50–100 разів вищою, ніж вірус імунодефіциту людини, що зумовлює швидкість і широту його поширення в популяції, зокрема серед груп ризику. Найефективнішим засобом специфічної профілактики гепатиту В є вакцинація.

**Мета дослідження:** вивчити проблеми організації профілактики гепатиту В в Україні

**Завдання дослідження:**

- проаналізувати етіологічні особливості, патогенез, механізми передачі та клінічні прояви вірусного гепатиту В;

- узагальнити сучасні підходи до профілактики ВГВ та охарактеризувати основні групи ризику інфікування;
- дослідити структуру, цілі та ключові індикатори Глобальної стратегії ВООЗ з боротьби з вірусними гепатитами;
- виконати порівняльний аналіз темпів реалізації глобальної стратегії у світі та в Україні,
- проаналізувати стан охоплення вакцинацією проти гепатиту В в Україні у динаміці 2015–2025 рр.
- виконати SWOT-аналіз системи профілактики вірусного гепатиту В в Україні для виявлення сильних і слабких сторін, можливостей та загроз;

**Об’єкт дослідження:** процес організації та реалізації профілактики вірусного гепатиту В в Україні.

**Предмет дослідження:** рівень охоплення вакцинацією проти гепатиту В, підходи до її організації та фактори, що впливають на ефективність імунопрофілактики в умовах воєнних та соціальних викликів.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що вони можуть бути використані для вдосконалення регіональних програм імунопрофілактики проти гепатиту В, планування назоганяючої вакцинації, адресного захисту груп ризику

**Апробація результатів дослідження та публікації.**

Результати дослідження обговорено на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики», ( м. Харків, 27.11.2025)

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота викладена на 51 сторінці друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 5 рисунками. Бібліографія включає 37 інформаційних джерел, у тому числі 18 іноземних видань.

## РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Вірусний гепатит В (ВГВ) є одним із найбільш поширених і соціально значущих інфекційних захворювань сучасності, яке становить серйозну проблему для світової системи охорони здоров'я [5]. Особливість цієї хвороби полягає в тому, що вона уражає життєво важливий орган — печінку, що може призвести до тривалих порушень її функцій та тяжких ускладнень. Після проникнення вірусу в організм упродовж перших шести місяців формується гостра (активна) фаза захворювання, яка може проявлятися як у легкій субклінічній формі, так і у тяжкому варіанті із вираженим синдромом інтоксикації [24]. У частини пацієнтів гостра інфекція може завершитися повним одужанням, однак у значної кількості випадків розвивається хронічна форма, що є фактором ризику прогресування до цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми [20].

Актуальність проблеми пов'язана не лише з високою частотою поширення, але й з тим, що гепатит В часто має прихований перебіг, а інфікована людина тривалий час може не підозрювати про своє захворювання, залишаючись джерелом інфекції для інших [20]. Вірус здатний уражати людей у будь-якому віці, проте особливо вразливими є новонароджені, молодь і соціально активне населення. Захворювання істотно впливає на якість життя пацієнтів, працездатність, потребує тривалого медичного нагляду та лікування.

### **1.1. Етіологія, патогенез, механізми передачі та клінічні прояви вірусного гепатиту В**

Збудником ВГВ є вірус гепатиту В (ВГВ), який належить до родини *Нерадnaviridae*. Діаметр віріона становить приблизно 42–45 нм. Вірус складається з нуклеокапсиду, що містить ДНК, фермент ДНК-полімерази та низку білкових структур — ядерний антиген (НВсAg), його секретовану

розчинну фракцію (HBeAg) та менш вивчений білок HBxAg [33]. Зовнішня оболонка вірусу представлена поверхневим антигеном HBsAg. Геном ВГВ має кілька функціональних ділянок (S, C, X та ін.), що беруть участь у синтезі структурних білків і реплікації. Мутації у зонах pre-S, pre-S1 та pre-C можуть призводити до формування нових генетичних варіантів вірусу, що проявляється змінами клінічного перебігу та відповіді на терапію [24].

Зовнішня ліпопротеїнова оболонка вірусу містить HBsAg, який існує у чотирьох підтипах та відрізняється антигенною структурою. Наявність рецепторної ділянки на HBsAg забезпечує прикріплення вірусу до рецепторів на мембрані гепатоцитів, що визначає його високу гепатотропність. Синтез HBsAg відбувається у цитоплазмі гепатоцитів: частина цього антигену входить до складу нових віріонів, а інша частина секретується у міжклітинний простір та циркулює в крові, слугуючи ключовим маркером інфікування ВГВ. Капсид вірусу представлений HBcAg, який оточує вірусну ДНК та взаємодіє з нею. У клітинних ядрах гепатоцитів HBcAg виявляється у вільній формі [33]. До його складу входить HBeAg, який циркулює у сироватці крові — його наявність відображає активну вірусну реплікацію, а кров інфікованого у такій фазі має особливо високий рівень заразності.

ВГВ характеризується значною генетичною варіабельністю, що пояснює атипові клінічні форми перебігу. У частини пацієнтів визначаються мутантні варіанти вірусу, за яких зберігається синтез HBsAg, але не виявляються антитіла до HBcAg та HBeAg. Такі штами у багатьох випадках гірше відповідають на терапію інтерферонами [17]. Водночас сучасні вакцини проти гепатиту В забезпечують захист від основних генотипів ВГВ, включаючи *pre-C* мутантні варіанти.

ВГВ має надзвичайно високу стійкість у зовнішньому середовищі. Він зберігається активним при охолодженні до року, у замороженому стані — до 20 років, а у висушеній плазмі — до 25 років [13]. Інактивація відбувається повільно: при 100 °C вірус руйнується через 30 хвилин, при автоклавуванні (120 °C) — через 45 хвилин, а при стерилізації сухим жаром (180 °C) — через

60 хвилин. Розчини 1–2 % хлораміну знищують вірус упродовж 2 годин, тоді як 1,5 % формалін — за 7 діб [24].

Генотипами вірусу гепатиту В називають його генетичні варіанти, що відрізняються один від одного структурою геному щонайменше на 8 %. Сучасний філогенетичний аналіз послідовностей ВГВ дав змогу виокремити десять генотипів (А–J), які мають характерний географічний розподіл (табл. 1.1). Такий поділ не є лише молекулярно-біологічною класифікацією — він має безпосереднє клінічне значення, оскільки генотип вірусу впливає на перебіг захворювання, вірогідність хронізації, ризик розвитку цирозу та гепатоцелюлярної карциноми, а також на відповідь на протівірусну терапію. У цілому встановлено, що генотипи А та В асоціюються зі сприятливішим прогнозом та кращою відповіддю на лікування інтерферонами. Натомість генотипи С і D частіше спричиняють тяжкі форми захворювання, характеризуються нижчою спонтанною сероконверсією, тривалою реплікативною фазою та підвищеною вірогідністю прогресування до цирозу й гепатоцелюлярної карциноми [2]. Таким чином, визначення генотипу ВГВ у пацієнтів із хронічною інфекцією є важливим елементом персоналізованої медицини, що дає змогу прогнозувати перебіг захворювання та оптимізувати вибір протівірусної терапії.

Для України найбільш характерним є генотип D, який посідає провідне місце в структурі ВГВ-інфекції [2]. За даними досліджень, проведених у низці регіонів країни, частка цього генотипу серед інфікованих становить близько 52,4 % (що підтверджує домінування саме цього варіанта в українській популяції) [1].

Генотип D має широку поширеність у Європі, Середземномор'ї та країнах Близького Сходу, що пояснює його високу частоту в Україні як державі Європейського регіону [1 (табл. 1.1)]. Клінічні дослідження свідчать, що генотип D частіше асоціюється з тяжчим перебігом гепатиту В, підвищеним ризиком хронізації, розвитком цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми.

Таблиця 1.1

## Генотипи вірусу гепатиту В

Генотип ВГВ	Географічне поширення	Особливості клінічного перебігу	Ризики ускладнень
1	2	3	4
<b>A</b>	США, Африка, Індія, Європа	Частіше гострий початок, вищий відсоток елімінації вірусу	Помірний ризик цирозу та ГЦК
<b>B</b>	Китай, Індонезія, В'єтнам	М'якші клінічні прояви, повільніша прогресія	Нижчий ризик формування цирозу порівняно з С
<b>C</b>	Японія, Корея, Китай, Тайвань, країни Азії, Полінезія, Австралія, США	Агресивніший перебіг, частіше хронізація	Високий ризик цирозу та гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК)
<b>D</b>	Середземномор'я, Середній Схід, Росія, Індія, США	Часті безжовтяничні або малосимптомні форми, що ускладнюють ранню діагностику	Високий ризик цирозу та ГЦК, часто затяжний перебіг
<b>E</b>	Африка	Переважно гострий перебіг	Дані щодо довгострокового прогнозу обмежені
<b>F</b>	Америка, Полінезія	Підвищений ризик тяжкого гепатиту	Можливе швидке формування цирозу

## Продовження табл. 1.1

1	2	3	4
<b>G</b>	Європа	Часто безсимптомний перебіг, переважно у чоловіків із супутніми інфекціями	Недостатньо даних
<b>H</b>	Центральна та Південна Америка	Менш вивчений, часті випадки легкого перебігу	Серйозні ускладнення трапляються рідше
<b>I</b>	В'єтнам, Лаос	Можливі тривалі реплікативні фази	Дані щодо прогнозу обмежені
<b>J</b>	Японія	Виявлений нещодавно, клінічні дані обмежені	Прогностичне значення поки що встановлюється

Важливою терапевтичною особливістю є його нижча відповідь на інтерферонотерапію порівняно з генотипами А і В, що потребує більш ретельного планування лікування, інтенсивного моніторингу реплікації вірусу та персоналізованого підбору противірусних препаратів.

Домінування генотипу D в Україні підкреслює актуальність генотипування ВГВ як складової діагностичного процесу. Визначення генотипу дозволяє:

- своєчасно ідентифікувати пацієнтів із підвищеним ризиком прогресування захворювання;
- прогнозувати ймовірність розвитку ускладнень;
- адаптувати схему лікування з урахуванням генетичних властивостей збудника;
- удосконалювати профілактичні та епідеміологічні стратегії на національному рівні.

Гепатит В є антропонозним інфекційним захворюванням, і джерелом збудника виступає людина — як із клінічно вираженими формами хвороби, так і з безсимптомним перебігом. міститься у крові інфікованої особи, а також у спермі та вагінальному секреті. Основним резервуаром вірусу гепатиту В з найвищою його концентрацією в організмі людини є кров; додатковими високоінфекційними рідинами залишаються сперма та вагінальний секрет, у яких вірус зберігає високу реплікаційну активність [24]. Основним шляхом передачі вірусу гепатиту В є гемоконтактний (парентеральний) механізм, при якому інфікування відбувається внаслідок контакту крові або інших інфікованих біологічних рідин із ушкодженими шкірними покривами чи слизовими оболонками. Крім того, передача ВГВ можлива природними шляхами — статевим, побутовим та перинатальним, а також через штучні шляхи, що реалізуються під час маніпуляцій, пов'язаних із порушенням цілісності тканин [17].

Найбільшу епідеміологічну небезпеку становлять штучні шляхи інфікування, що реалізуються під час медичних і немедичних маніпуляцій. У немедичних ситуаціях зараження ВГВ можливе при ін'єкційному введенні наркотичних лікарських засобів (ризик досягає 80–100 %), татуажі та пірсингу, проведенні релігійних чи ритуальних процедур, пов'язаних із пошкодженням шкіри або слизових оболонок [13].

Медичні маніпуляції також становлять високий ризик інфікування у разі переливання крові та її компонентів, трансплантації органів або тканин, застосування контамінованого медичного та лабораторного інструментарію. Вірус може передаватися під час діагностичних і лікувальних втручань, зокрема ендоскопічних процедур, якщо не дотримано вимог стерилізації.

Інфікування можливе також при контакті пошкоджених тканин чи слизових оболонок із кров'ю або іншими біологічними рідинами, що містять ВГВ. Значну роль відіграє вертикальний шлях — передача вірусу від інфікованої вагітної до дитини [15]. Ризик інфікування залежить від терміну вагітності й становить 3–6 % у I–II триместрах та може зростати майже до 100

% у III триместрі за наявності HBsAg(+) і HBeAg(+). Високі показники інтра-сімейного інфікування також є характерною особливістю ВГВ: захворювання може розвинути у 50 % партнерів HBsAg(+)/HBeAg(+), а серед інших членів сім'ї ризик інфікування сягає близько 17 % [2].

Клінічні прояви ВГВ надзвичайно варіабельні й залежать від імунної відповіді організму, вірусного навантаження та віку інфікованої особи. Перебіг захворювання може коливатися від безсимптомного до тяжкого з ризиком розвитку печінкової недостатності. Інкубаційний період триває від 1 до 6 місяців (у середньому близько 80 днів) [17].

Гострий вірусний гепатит В, як правило, характеризується циклічним перебігом із послідовною зміною клінічних періодів. У переджовтяничній фазі домінують прояви загальної інтоксикації та диспепсичні розлади, зокрема слабкість, зниження апетиту, нудота, тупий біль у правому підребер'ї, головний біль; можливими є артралгії та елементи шкірного висипу [33]. Лабораторні показники на цьому етапі відображають підвищення активності трансаміназ та наявність специфічних серологічних маркерів ВГВ.

У жовтяничному періоді з'являється іктеричність шкіри та склер, спостерігається темна сеча, ахолічний кал, гепатомегалія. Наростають ознаки цитолізу, активність АЛТ може перевищувати норму в десятки разів. У тяжких випадках порушується білково-синтетична функція печінки, що проявляється зниженням альбуміну та протромбінового індексу [24]. Фаза згасання жовтяниці супроводжується поступовим регресом клінічних проявів і нормалізацією біохімічних тестів, хоча у частини пацієнтів можливі загострення з повторним підвищенням ферментів. Період реконвалесценції може тривати до 6 місяців, інколи з хвилеподібним перебігом гіперферментемії. Клінічні варіанти ВГВ включають жовтяничний, холестатичний та безжовтяничні форми, причому безжовтяничний перебіг реєструється суттєво частіше, ніж маніфестний [24]. Субклінічний та інаппарантний варіанти діагностують лише лабораторно, що підкреслює важливість скринінгових методів серологічного тестування .

Тяжкість перебігу визначається вираженістю цитолітичного синдрому, станом синтетичної функції печінки та ознаками холестазу. Ризик розвитку блискавичної форми, гострої печінкової недостатності та масивного геморагічного синдрому невисокий (до 1 %), але потребує невідкладної терапії. Особливо несприятливий перебіг спостерігається у вагітних, людей похилого віку та пацієнтів із супутньою патологією [20]. У дітей раннього віку захворювання переважно має безсимптомний перебіг, однак у 70–90 % випадків переходить у хронічну форму, тоді як у дорослих ризик хронізації значно нижчий.

## **1.2 Групи ризику та профілактика вірусного гепатиту В**

Визначення та моніторинг груп ризику відіграють ключову роль у профілактиці ВГВ, оскільки основна частка нових випадків інфікування спостерігається саме серед осіб із підвищеною ймовірністю контакту з кров'ю та біологічними рідинами. ВООЗ і Центр з контролю та профілактики захворювань (CDC, Centers for Disease Control and Prevention, США) підкреслюють, що таргетовані профілактичні програми для груп ризику забезпечують суттєво вищу ефективність, ніж лише масова вакцинація населення.

Особи, які належать до груп ризику, відрізняються між собою як епідеміологічними характеристиками, так і механізмом можливого інфікування. Загалом до них відносять людей, які часто зазнають інвазивних процедур; мають ризикову статеву, побутову або медичну поведінку; контактують із кров'ю або тканинами інших осіб у професійній діяльності; або перебувають у закритих організованих колективах із підвищеним потенціалом передачі ВГВ. (табл 1.2)

Висока кумулятивна частота ВГВ-інфікування пояснюється тим, що вірус характеризується вкрай високою контагіозністю: імовірність інфікування внаслідок контакту з інфікованою кров'ю є у 50–100 разів вищою, ніж у разі контакту з ВІЛ [20]. Таким чином, навіть короточасний

необережний контакт із кров'ю може призвести до зараження за умов наявності мікропошкоджень шкіри або слизових оболонок.

До найбільш уразливих щодо інфікування ВГВ належать медичні працівники та працівники екстрених служб. Вони регулярно виконують процедури, що можуть супроводжуватися випадковими уколами, порізами, потраплянням крові на слизові оболонки. ВООЗ наголошує, що щорічно до 5–7 % медичних працівників світу зазнають інцидентів, пов'язаних з гострими інструментами, здатних спричинити інфікування ВГВ [19]. Неналежне використання засобів індивідуального захисту, порушення техніки безпеки та недостатній контроль якості стерилізації підвищують ризик зараження в медичній сфері.

Надзвичайно високі показники інфікування фіксуються серед осіб, які вводять наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. Використання спільних голочок, шприців та інших інструментів для ін'єкцій є одним із найбільш небезпечних чинників передачі ВГВ і може забезпечити інфікування до 80–100 % осіб у групі, що спільно використовує інструментарій [17].

Окрему увагу заслуговують особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, інтернатних та закритих військових установах. Перенаселеність, агресивна поведінка, бійки, татуювання та участь у нерегульованих медичних маніпуляціях створюють високий потенціал для передачі ВГВ. За даними епіднагляду, поширеність ВГВ у пенітенціарній системі у 6–9 разів перевищує показники загальної популяції [3].

Важливою складовою профілактичних програм є також охоплення осіб із високоризиковою сексуальною поведінкою: працівників секс-індустрії, чоловіків, які мають секс із чоловіками, та осіб із великою кількістю статевих партнерів. Саме через статевий шлях поширюється значна частка нових випадків ВГВ у країнах із низькою частотою парентеральних маніпуляцій.

Крім того, до групи ризику включають пацієнтів із підвищеною активністю аланінамінотрансферази невідомого походження, а також осіб, які отримували медичну або стоматологічну допомогу в країнах зі слабкою

системою інфекційного контролю [4]. Для цих категорій рекомендації ВООЗ передбачають обов'язкове тестування на ВГВ та проведення вакцинації у разі відсутності імунітету (табл. 1.2).

Таким чином, системне визначення груп ризику дозволяє охоплювати тестуванням та вакцинацією не лише випадкові групи населення, а саме ті категорії, які найбільше впливають на епідеміологічну ситуацію. Таргетовані профілактичні заходи забезпечують раннє виявлення інфікованих, зменшення випадків хронізації, зниження захворюваності та запобігання поширенню ВГВ у популяції. Належне інформування представників груп ризику, їх медичний супровід і вакцинація є важливими елементами державної стратегії протидії вірусному гепатиту В в Україні.

Таблиця 1.2

### Характеристика груп та факторів ризику інфікування вірусом гепатиту В

Група ризику	Основні представники групи	Основні фактори ризику
1	2	3
Медичні та екстрені служби	хірурги, акушери-гінекологи, лаборанти, медсестри, стоматологи, працівники екстрених служб	ризик уколів, порізів, потрапляння крові чи секретів на слизові
Реципієнти та особи з порушеним імунітетом	реципієнти донорської крові / тканин, пацієнти гемодіалізу, особи з ВІЛ	часті медичні маніпуляції, імуносупресія
Особи з високоризиковою поведінкою	люди, які вживають ін'єкційні наркотики; працівники секс-індустрії; чоловіки, що мають секс із чоловіками	обмін голками, незахищені статеві контакти
Закриті організовані колективи	ув'язнені, військові, особи в інтернатних закладах	тісний контакт, агресивна поведінка, недостатній інфекційний контроль

## Продовження табл. 1.2

1	2	3
Контактні особи	члени сім'ї та статеві партнери інфікованого, особи з побутовим контактом	використання спільних предметів особистої гігієни, мікротравми
Особи після інвазивних процедур поза медичними стандартами	пацієнти закордонних медичних закладів із низьким інфекційним контролем, особи з татуваннями / пірсингом, естетичні та косметологічні процедури	ризик використання нестерильного інструментарію
Пацієнти з нез'ясованою цитолітичною картиною	особи з підвищеною АЛТ без встановленої причини	можливий прихований перебіг ВГВ

Профілактика ВГВ є ключовим напрямом охорони громадського здоров'я, оскільки ефективне попередження інфікування дозволяє суттєво зменшити медичні, демографічні та економічні наслідки захворювання [5]. У сучасній практиці розрізняють первинну та вторинну профілактику, кожна з яких охоплює комплекс організаційних, медичних і поведінкових заходів.

Первинна профілактика спрямована на попередження інфікування людини вірусом гепатиту В та запобігання первинному контакту з біологічними рідинами, які можуть містити вірус [19]. Вона базується на трьох ключових складових:

- Санітарно-освітня діяльність і формування безпечної поведінки населення, яка передбачає інформування населення щодо шляхів передачі ВГВ, наслідків інфікування та правил безпечної поведінки у побуті та при контактах з біологічними рідинами. До таких заходів належать: дотримання безпечної сексуальної поведінки (бар'єрні методи контрацепції); уникнення спільного

використання засобів особистої гігієни (лез для гоління, зубних щіток, манікюрних ножиць тощо); застосування інструментарію разового використання або стерильних багаторазових виробів при будь-яких інвазивних процедурах (медичних, стоматологічних, косметологічних, ін'єкційних, татуювання та пірсинг).

- суворе дотримання інфекційного контролю у сфері охорони здоров'я та сервісних послуг. Включає стерилізацію інструментів, використання засобів індивідуального захисту, безпечне поводження з гострими інструментами, правильну утилізацію медичних відходів та дотримання правил асептики. Особливо це стосується медичних працівників, співробітників служб екстреної допомоги, стоматологічних кабінетів, косметологічних салонів і закладів, у яких проводяться маніпуляції з порушенням цілісності шкірних покривів.

- специфічна імунoproфілактика — вакцинація  
Вакцинація є найефективнішим засобом профілактики ВГВ та формує тривалий поствакцинальний імунітет. ВООЗ рекомендує введення першої дози вакцини всім новонародженим у перші 24 години після народження, з подальшим завершенням повного курсу імунізації. Вакцина може вводитися в будь-якому віці особам, які не були щеплені або не мають імунітету.

Масова вакцинація розглядається як найбільш економічно обґрунтований та ефективний інструмент контролю ВГВ, оскільки забезпечує суттєве зниження первинної захворюваності, запобігає формуванню хронічних форм інфекції та скорочує довгострокові витрати на лікування її ускладнень, таких як цироз та гепатоцелюлярна карцинома [9]. Крім того, широке охоплення імунoproфілактикою сприяє формуванню колективного імунітету, що обмежує циркуляцію вірусу в популяції та перериває шляхи його передачі [4].

Особливу увагу первинна профілактика приділяє попередженню вертикальної передачі ВГВ від матері до дитини. Новонародженим, народженим від HBsAg-позитивних матерів, показано введення першої дози вакцини немовляті протягом 24 годин після народження. Вагітним із високим

вірусним навантаженням застосовують противірусну терапію у третьому триместрі для зниження ризику інфікування плода [29].

Вторинна профілактика спрямована на обмеження поширення вірусу серед контактних осіб і запобігання прогресуванню захворювання у людей, які вже інфіковані [13]. До основних заходів вторинної профілактики відносяться наступні:

- раннє виявлення випадків шляхом серологічного тестування (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs);
  - медичне спостереження за інфікованими особами з регулярною оцінкою біохімічних і вірусологічних показників;
  - вакцинація членів сім'ї, статевих партнерів та інших контактних осіб інфікованих ВГВ;
  - модифікація поведінкових факторів ризику (відмова від використання спільних засобів особистої гігієни, безпечна сексуальна поведінка, уникнення ін'єкцій наркотичних речовин);
  - медичне консультування та психологічна підтримка, спрямовані на підвищення прихильності до лікування та запобігання передачі інфекції.
- Вторинна профілактика також зменшує ризик розвитку тяжких ускладнень, таких як цироз, печінкова недостатність і гепатоцелюлярна карцинома, шляхом своєчасного початку терапії згідно з клінічними протоколами [13].

Отже, ефективність боротьби з вірусним гепатитом В залежить від узгодженості всіх елементів профілактики: інформування населення, контролю за безпекою медичних і сервісних процедур, масової вакцинації та цільових імунізаційних програм для осіб із груп ризику. Комплексний підхід дозволяє суттєво знизити первинну захворюваність, скоротити кількість випадків хронізації ВГВ, попередити розвиток небезпечних ускладнень і мінімізувати соціально-економічний тягар захворювання.

## Резюме до розділу 1

ВГВ є висококонтагіозним антропонозним інфекційним захворюванням із суттєвим глобальним впливом на громадське здоров'я. Вірус здатний тривало персистувати в організмі, зумовлюючи розвиток хронічної інфекції та високий ризик тяжких ускладнень — цирозу та гепатоцелюлярної карциноми. Значна генетична варіабельність ВГВ-інфекції впливає на перебіг захворювання та відповідь на терапію; для України характерне домінування генотипу D, який асоціюється з тяжчим клінічним перебігом.

Основним механізмом передачі є гемоконтактний шлях, проте інфікування можливе також статевим і перинатальним шляхами. Висока частота безсимптомних і безжовтяничних форм сприяє прихованій циркуляції вірусу в популяції. Найбільший епідеміологічний внесок у нові випадки інфікування формують представники груп ризику, що підтверджує важливість їхнього своєчасного виявлення та моніторингу.

Профілактика є ключовим елементом стратегії протидії вірусному гепатиту В. Найбільш ефективним методом первинної профілактики залишається вакцинація, яка забезпечує значне зниження первинної захворюваності, запобігає хронізації та формує колективний імунітет. Важливими складовими є також санітарно-освітня робота, суворий інфекційний контроль та таргетовані програми для груп ризику. Вторинна профілактика — тестування контактних осіб, медичний нагляд за інфікованими та модифікація поведінкових чинників — сприяє запобіганню прогресуванню хвороби та передачі вірусу.

Отже, ефективний контроль ВГВ можливий лише за умови поєднання масової імунопрофілактики, інфекційного контролю та адресних профілактичних заходів для найбільш уразливих категорій населення.

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОТИДІЇ ГЕПАТИТУ В**

ВГВ вже тривалий час залишається однією з провідних загроз для глобальної системи охорони здоров'я. Це інфекційне захворювання характеризується високою контагіозністю та здатністю переходити у хронічну форму, що суттєво підвищує ризик летального результату внаслідок прогресування цирозу та гепатоцелюлярної карциноми — однієї з найпоширеніших онкологічних патологій печінки [20]. Таким чином, ВГВ становить не лише клінічну, а й значну соціально-економічну проблему.

### **2.1 Дослідження епідеміологічних показників ВГВ**

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2019 році у світі налічувалося приблизно 296 млн осіб із хронічною ВГВ-інфекцією, а кількість смертей, пов'язаних із наслідками ВГВ, досягла близько 820 тис. випадків на рік, переважно внаслідок розвитку декомпенсованого цирозу та гепатоцелюлярної карциноми [19]. Особливо тривожним є той факт, що лише 10 % інфікованих (30,4 млн людей) знали про свій діагноз, і лише 22 % діагностованих пацієнтів (6,6 млн) отримували лікування [17], що свідчить про значний «прихований резервуар» інфекції у світовій популяції.

Позитивною тенденцією є суттєве скорочення поширеності хронічного ВГВ серед дітей віком до п'яти років: менше ніж 1% інфікованих у 2019 році, тоді як у період, що передував глобальному впровадженню вакцинації (1980-ті – початок 2000-х рр.), цей показник становив близько 5 % [18]. Така динаміка підтверджує високу ефективність імунопрофілактики в ранньому віці.

За даними 2019 року, поширення ВГВ у світі є географічно неоднорідним. Найвищі показники реєструються у Регіоні Західної частини Тихого океану (116 млн осіб, або 6,2 % дорослого населення) та Африканському регіоні ВООЗ (81 млн осіб, або 6,1 % дорослого населення). У Регіоні Східного Середземномор'я нараховується близько 60 млн осіб із

хронічним ВГВ (3,3 % населення). Порівняно з цими регіонами, показники є нижчими у Південно-Східній Азії (18 млн осіб, 2,0 %), Європейському регіоні (14 млн осіб, 1,6 %) та Регіоні Америки (5 млн осіб, 0,7 %) [17] (рис. 2.1). Подібна нерівномірність відображає вплив соціально-економічних, культурних, міграційних та системних медичних чинників, що визначають масштаби передачі ВГВ у різних частинах світу.

За даними Глобального звіту ВООЗ Global Hepatitis Report 2024, заходи для забезпечення доступу в країнах з низьким і середнім рівнем доходу? є можливість простежити регіональні відмінності тягара ВГВ та визначити географічні зони з найбільшим впливом інфекції на систему охорони здоров'я. Найбільшу кількість випадків хронічного вірусного гепатиту В зареєстровано у Регіоні Західної частини Тихого океану, близько 115 млн осіб [17], що становить найбільшу частку глобального тягара. Високий рівень поширеності в цьому регіоні пов'язують переважно з перинатальною та ранньою горизонтальною передачею інфекції. Другим за поширеністю є Африканський регіон — приблизно 60 млн інфікованих [17], де збереження високих рівнів ВГВ зумовлюється недостатнім охопленням вакцинацією при народженні, обмеженістю доступу до діагностики та низьким рівнем охоплення противірусною терапією.

Суттєву частку глобального тягара вірусного гепатиту В формують також країни Південно-Східної Азії (39 млн інфікованих) та Східного Середземномор'я (21 млн інфікованих). Для цих регіонів характерне поширення інфекції як через перинатальний шлях передачі, так і внаслідок впливу соціально-побутових факторів. Натомість у Європейському регіоні (15 млн осіб інфікованих) і Регіоні Америки (7 млн осіб інфікованих) загальний рівень поширеності є нижчим [17]; однак значна частка зареєстрованих випадків тут пов'язана з міграцією населення з країн із високою ендемічністю, що створює додаткове навантаження на системи громадського здоров'я та потребує адаптованих профілактичних стратегій.

Загалом за оцінками ВООЗ, у світі близько 257 млн людей живуть із хронічною ВГВ-інфекцією, що підтверджує статус вірусного гепатиту В як однієї з глобальних медико-соціальних загроз [19]. На рис. 2.1 відображена нерівномірність поширеності ВГВ, що обґрунтовує необхідність регіонально диференційованих підходів до вакцинації, скринінгу й противірусного лікування.

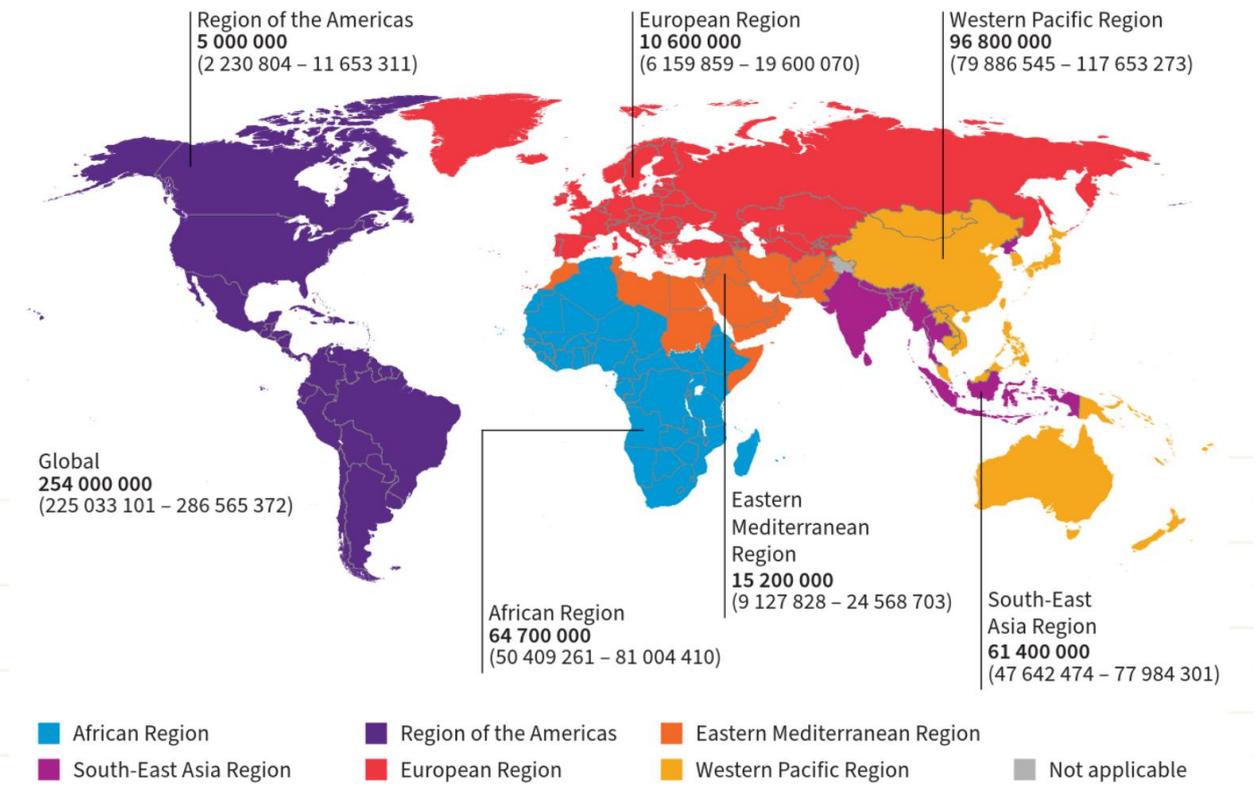


Рис 2.1 Поширеність ВГВ в світі, за даними ВООЗ [17]

Таким чином, за результатами аналізу Глобального звіту ВООЗ 2024 рок, можна відмітити масштаб та географічний розподіл захворюваності на вірусний гепатит В, а також суттєву регіональну нерівність у доступі до профілактики, діагностики та лікування. Розбіжності у глобальному тягарі інфекції та охопленні вакцинацією демонструють, що сама наявність ефективних інструментів профілактики, таких як вакцинопрофілактика, не

гарантує зниження захворюваності без належної організаційної підтримки, політичних рішень і фінансової доступності. Водночас значна концентрація випадків хронічних форм ВГВ у регіонах із низьким та середнім рівнем доходу вказує на потребу системної глобальної відповіді, що враховує соціально-економічні особливості різних частин світу.

У цьому контексті особливої актуальності набуває глобальна політика протидії вірусним гепатитам. Саме розуміння нерівномірності поширення ВГВ, встановленої міжнародними аналітичними оглядами, стало підґрунтям для формування стратегічних документів, спрямованих на координацію зусиль держав, міжнародних організацій та систем охорони здоров'я.

Отже, наступним етапом дослідження став аналіз Глобальної стратегії боротьби з вірусними гепатитами, затвердженої ВООЗ, яка визначає цілі, завдання та індикатори для досягнення елімінації гепатиту В як загрози громадському здоров'ю.

## **2.2 Аналіз Глобальної стратегії боротьби з вірусними гепатитами**

У 2015 році Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй ухвалила порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року, який включає 17 Цілей сталого розвитку. У контексті збереження громадського здоров'я особливої уваги заслуговує завдання 3.3, спрямоване на припинення епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, малярії та так званих «неглектованих тропічних захворювань», а також на ефективну протидію вірусним гепатитам та іншим інфекційним хворобам. Реалізація цього завдання стала підґрунтям для перегляду глобальних підходів до профілактики, виявлення та лікування гепатиту В і С.

З метою досягнення означених цілей у 2016 році Всесвітня організація охорони здоров'я затвердила Глобальну стратегію сектору охорони здоров'я щодо вірусних гепатитів, яка визначає довгостроковий напрям розвитку заходів у цій сфері. У документі підкреслюється, що вірусні гепатити становлять значний соціально-економічний і медико-демографічний тягар, а

їх елімінація можлива лише за умови комплексного підходу, що поєднує розширення діагностики, профілактики, доступу до лікування та відповідної міжсекторальної взаємодії [19]. Стратегія гармонізована з іншими міжнародними програмами у сфері охорони здоров'я та ґрунтується на принципі загального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Health Coverage), що передбачає забезпечення рівного та безперешкодного доступу всіх осіб, незалежно від віку, соціального статусу, місця проживання чи фінансових можливостей до повного спектра якісних медичних послуг, включно з профілактикою, діагностикою, лікуванням і довгостроковим медичним наглядом без ризику фінансових труднощів.

Узагальнюючи зміст стратегії, її ключові положення передбачають формування глобального середовища, у якому передача вірусних гепатитів припинена, а всі інфіковані особи мають гарантований доступ до якісної медичної допомоги. Для досягнення цієї мети визначено чіткі кількісні орієнтири до 2030 року [19]. Стратегія акцентує перехід від фрагментарних або вибіркового заходів до національних інтегрованих програм із розвиненою системою ранньої діагностики, лікування й епідеміологічного нагляду, а також на необхідності справедливого доступу до медичних послуг у всіх країнах незалежно від їх соціально-економічних умов. Такий підхід визначає системність та довгостроковість міжнародної політики боротьби з вірусними гепатитами й створює конструктивне підґрунтя для подальшої реалізації цілей елімінації. (табл . 2.1)

Необхідність ухвалення Стратегії була зумовлена масштабом пандемії гепатиту та недооціненням її наслідків протягом попередніх десятиліть, виникла необхідність наголошення на потребі глобально скоординованих дій, справедливого доступу до медичних послуг, розширення тестування та лікування, а також розвитку ефективних систем епідеміологічного нагляду. Ухвалення Глобальної стратегії стало критичним етапом у формуванні міжнародної політики боротьби з вірусними гепатитами та створило підґрунтя

для переходу від декларативного реагування до системних інтегрованих заходів із визначеними індикаторами та часовими рамками.

Таблиця 2.1

**Характеристика основних складових Глобальної стратегії ВООЗ  
щодо вірусних гепатитів**

Складова стратегії	Зміст складової
Візія	Формування світу, у якому передача вірусних гепатитів припинена, а всі інфіковані особи мають доступ до безпечної, ефективної й доступної за вартістю медичної допомоги.
Цільові показники до 2030 р.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Зменшення кількості нових випадків хронічного вірусного гепатиту з 6–10 млн до 0,9 млн на рік;</li> <li>➤ скорочення смертності з 1,4 млн до 0,5 млн випадків на рік.</li> <li>➤ охоплення вакцинацією трьома дозами вакцини проти гепатиту В серед дітей 90 %</li> <li>➤ охоплення дозою при народженні, щоб запобігти перинатальній передачі 90 %</li> <li>➤ до 90 % осіб з хронічною ВГВ-інфекцією мають бути поінформовані про свій статус</li> <li>➤ не менш як 80 % діагностованих повинні отримувати противірусну терапію.</li> </ul>
Пріоритетні напрямки	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Перехід від вибіркового профілактичних заходів до національних інтегрованих програм;</li> <li>➤ розвиток системи ранньої діагностики й лікування;</li> <li>➤ розширення охоплення вакцинацією;</li> <li>➤ посилення епідеміологічного нагляду;</li> <li>➤ міжсекторальна взаємодія й забезпечення справедливого доступу до медичних послуг.</li> </ul>

Подальша реалізація Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я щодо вірусних гепатитів підтвердила її значний вплив на трансформацію систем громадського здоров'я у багатьох країнах світу. За відкритими даними ВООЗ, для оцінки досягнутого прогресу нами проаналізовано динаміку ключових індикаторів виконання стратегії у 2015–2023 рр., результати наведені в таблиці 2.2.

Таблиця. 2.2

**Динаміка виконання ключових показників стратегії (2015 р. — 2023 р.)**

Показник	Цільові орієнтири до 2030р.	2015 р.	2023 р.
Країни з національними програмами контролю вірусних гепатитів, кількість	187 країн	7 країн	130 країн
Охоплення вакцинацією НерВЗ (три дози) серед дітей, %	90%	81 %	85 %
Охоплення дозою при народженні, %	90%	37 %	49 %
Кількість осіб, які отримують протівірусну терапію, млн	80%	1,6 млн (0,5%)	7 млн (3%)
Пацієнти, які знають про свій діагноз (ВГВ), %	90%	10 %	35 %

Незважаючи на помітний прогрес у реалізації Глобальної стратегії ВООЗ — насамперед у сфері вакцинації, де охоплення трьома дозами вакцини проти гепатиту В наближається до цільових орієнтирів, — результати залишаються нерівномірними. Найбільше відставання спостерігається у доступі до діагностики та лікування, що є ключовою перешкодою на шляху досягнення елімінації ВГВ до 2030 року. Водночас поступове розширення національних програм і політичної підтримки свідчить про посилення

глобальної готовності, однак досягнення кінцевої мети вимагає суттєвого збільшення охоплення тестуванням і противірусною терапією, особливо у країнах із низьким та середнім рівнем доходу.

Якщо у 2015 році лише 7 країн мали національні програми для контролю вірусних гепатитів, то у 2023 році таких країн налічувалося вже понад 130, причому більшість із них упровадили оновлені клінічні протоколи, заходи раннього тестування та механізми забезпечення доступу до противірусних препаратів.

Завдяки реалізації стратегії спостерігалися значні глобальні зрушення. По-перше, рівень охоплення в світі вакцинацією проти гепатиту В серед дітей грудного віку зріс з 82 % у 2015 році до 88 % у 2023 році, а охоплення третьою дозою вакцини збільшилося з 81 % до 85 %. Особливо важливим досягненням стало розширення практики введення дози при народженні — з 37 % у 2015 році до 49 % у 2023 році [20], що є ключовим у попередженні перинатальної передачі вірусу.

По-друге, відбулося суттєве розширення доступу до противірусної терапії. Частка пацієнтів із хронічним гепатитом В, які отримують лікування, зросла з 1,6 млн у 2015 році до понад 6 млн у 2023 році [20]. Це стало можливим завдяки здешевленню препаратів та впровадженню регіональних програм реімбурсації. Додаткове зниження цін на діагностичні тести — особливо на кількісне визначення вірусного навантаження — дало змогу збільшити охоплення тестуванням, зокрема у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, що раніше були найбільш уразливими.

По-третє, розбудова систем епідеміологічного моніторингу започаткувала зсув від фрагментарного збору даних до стандартизованих механізмів глобального аналізу поширеності та смертності. У рамках реалізації стратегії було запроваджено індикатори ефективності, єдині підходи до оцінки результатів лікування та моніторингу доступу до вакцинації, що дозволило вперше оцінювати прогрес у глобальному масштабі.

Водночас впровадження стратегії не усунуло всіх викликів. Незважаючи на значне зростання охоплення профілактикою та лікуванням, темпи зниження захворюваності та смертності все ще недостатні для повного досягнення цілей елімінації до 2030 року. Зокрема, доступ до дози вакцини при народженні залишається нерівномірним, а тестування та терапія серед дорослих пацієнтів, особливо в Африканському регіоні, продовжують охоплювати недостатню частку хворих. Також невирішеною залишається проблема коінфекцій ВІЛ/ВГВ та ВІЛ/ВГС, що потребує мультидисциплінарного ведення пацієнтів.

Незважаючи на ці труднощі, впровадження Глобальної стратегії стало переломним моментом у боротьбі з вірусними гепатитами. Вона сприяла переходу від обмежених та розрізнених профілактичних програм до системних, національно інтегрованих, доказових заходів, що спираються на епідеміологічний моніторинг, вакцинацію, тестування та розширення лікування. Фактично, стратегія перетворила проблему вірусних гепатитів із малопріоритетної та недооціненої на визначений глобальний пріоритет громадського здоров'я, що має чіткі завдання, часові рамки і вимірювані результати.

### **2.3 Аналіз виконання глобальної стратегії боротьби з вірусними гепатитами у світі та в Україні**

Запровадження Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ щодо вірусних гепатитів (спочатку на період 2016–2021 рр., а згодом оновленої стратегії 2022–2030 рр.) стало орієнтиром для країн світу в напрямі елімінації вірусного гепатиту В як загрози громадському здоров'ю. У глобальному вимірі реалізація стратегії характеризується відносно високими темпами виконання профілактичних компонентів (вакцинація) та значним відставанням за напрямками діагностики, лікування та зниження смертності. Це створює ситуацію, коли потенціал вакцинопрофілактики реалізується частково, а вплив на показники летальності є недостатнім.

Україна офіційно інтегрувала цілі елімінації вірусних гепатитів до власної політики охорони здоров'я. У 2019 році ухвалено Національну стратегію реагування на ВІЛ/СНІД, туберкульоз та вірусні гепатити до 2030 року, яка визначає вірусні гепатити як одну з ключових загроз громадському здоров'ю та передбачає комплекс заходів з профілактики, діагностики й лікування.

На практичному рівні стратегія підкріплена низкою нормативних документів та клінічних стандартів. Зокрема, в 2021 році МОЗ України затвердило оновлені стандарти медичної допомоги при вірусному гепатиті В та С у дорослих і дітей, а за даними міжнародних ініціатив, у 2025 році оновлено доказові клінічні рекомендації для ведення пацієнтів із ВГВ. Це свідчить про поступове наближення національних протоколів до рекомендацій ВООЗ.

Щодо профілактики Україна демонструє досить високі показники охоплення вакцинацією дітей проти гепатиту В. За оцінками ВООЗ/ЮНІСЕФ (WUENIC), охоплення НерВ3 у дітей останніми роками перебуває на рівні близько 80–88 %, а охоплення дозою при народженні — орієнтовно 55–73 %, залежно від року [8]. В результаті проведеного нами аналізу даних за 2020–2025 рр. щодо охоплення третьою дозою вакцини по областях встановлено такі ключові тенденції: у «допандемічний» період та перші роки повномасштабної війни загальноукраїнський показник утримувався на рівні 77–80 %, проте у 2023 р. спостерігалось його зниження до 62,4 %, що відображає суттєвий вплив воєнних подій на доступ до планових щеплень. У 2024–2025 рр. простежується відновлення охоплення (до 79–88 %), хоча нерівність між регіонами залишається суттєвою, а окремі області (особливо Херсонська та Луганська) демонструють стійкі провали через окупацію, переміщення населення та руйнування медичної інфраструктури.

За даними сероепідеміологічного дослідження 2021 року, опублікованого у 2025 році, близько 0,9 % населення України має HBsAg, тобто є носіями вірусу гепатиту В [34]. Водночас понад 11 % людей мають

антитіла anti-HBc, що означає, що вони вже колись контактували з вірусом і організм «зустрічався» з інфекцією. Це свідчить про доволі високу поширеність вірусу у популяції протягом життя. У звітах ВООЗ Україна віднесена до «фокус-країн» Європейського регіону, тобто до держав, на які звертають підвищену увагу через значний епідеміологічний тягар і необхідність посилення заходів у сфері боротьби з вірусними гепатитами..

Аналіз сучасного стану діагностики та лікування засвідчує наявність структурних та організаційних обмежень в Україні, що загалом узгоджується з тенденціями, характерними для країн із перехідною економікою, зокрема:

- реальна частка осіб із хронічним гепатитом В, які знають про свій статус, залишається низькою для Європейського регіону [35];
- доступ до противірусної терапії забезпечується в рамках державних програм (насамперед для ВГС) і залишається обмеженим для більшості пацієнтів із ВГВ, особливо в умовах війни та внутрішнього переміщення населення;
- окремі наукові роботи вказують, що досягнення цілей елімінації ВГВ до 2030 року для України теоретично можливе, але лише за умови підтримання високого рівня охоплення вакцинацією, мінімізації перерв у поставках противірусних препаратів і розширення скринінгу .

Результати проведеного аналізу свідчать, що Україна на нормативно-політичному та організаційному рівнях гармонізувала свою стратегію з глобальними орієнтирами ВООЗ, продемонструвала досить високі показники охоплення вакцинацією, але стикається з істотними викликами у частині стабільності охоплення щепленнями в умовах війни, масштабування доступу до діагностики та лікування, а також подолання регіональної нерівності.

Порівнюючи темпи реалізації стратегії у світі та в Україні (рис. 2.2), попри загальну позитивну динаміку, національні показники все ще мають суттєві відхилення від глобальних орієнтирів ВООЗ. Особливо помітними є відставання в охопленні дозою при народженні та нерівномірність реалізації

профілактичних заходів між регіонами, що зумовлює необхідність посилення організаційних та управлінських рішень у сфері імунопрофілактики.

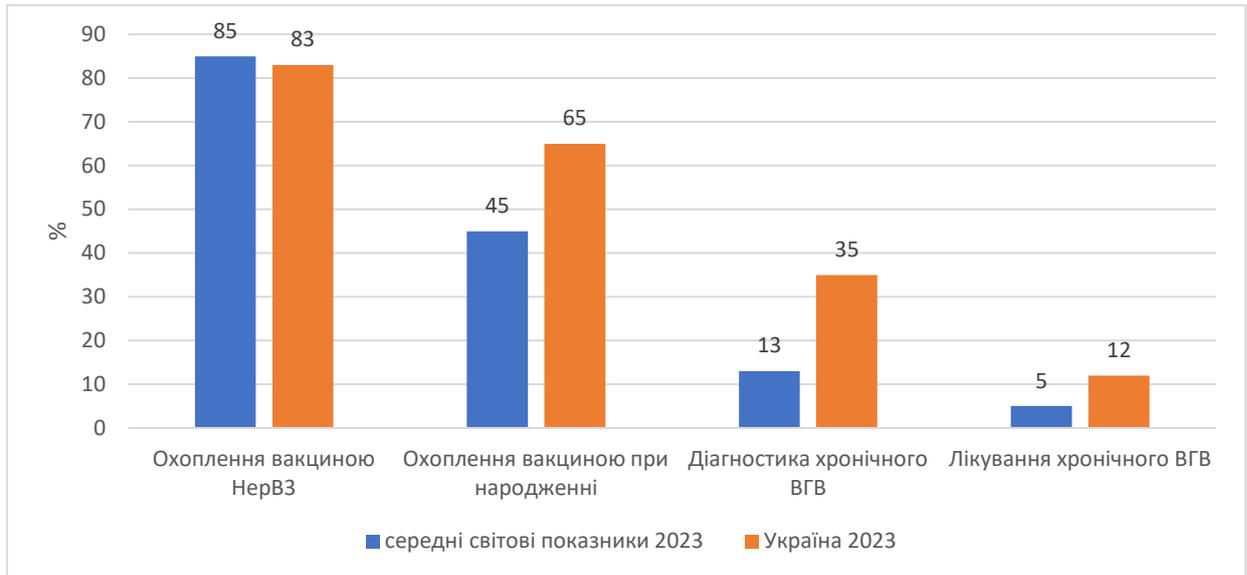


Рис. 2.2 Порівняння прогресу виконання стратегії в світі й в Україні.

Порівнюючи темпи реалізації стратегії у світі та в Україні, можна виокремити кілька ключових висновків

**Профілактика (вакцинація).** На глобальному рівні охоплення трьома дозами вакцини (НерВ3) досягло близько 85 %, тоді як в Україні цей показник у «сприятливих» роки є співмірним або навіть вищим за глобальний; водночас як у світі, так і в Україні зберігається проблема недостатнього охоплення дозою при народженні, що є критичною для попередження перинатальної передачі; нерівномірність доступу особливо виражена у країнах з обмеженими ресурсами та в регіонах, що постраждали від війни чи гуманітарних криз.

**Діагностика та лікування.** Глобально показники виявлення та лікування ВГВ є достатньо низькими (13 % діагностованих і 3–7 % тих, хто отримує терапію), і відставання від цілей 2030 року є значним [36]. в Україні відсутні повністю консолідовані відкриті дані щодо діагностики та лікування ВГВ у загальній популяції, однак наявні оцінки й огляди свідчать про аналогічний характер проблем — обмежене тестування, фрагментарне охоплення противірусною терапією, пріоритетність лікування певних груп [35] (наприклад, коінфікованих ВІЛ/ВГВ та пацієнтів із ВГС).

Політика та організаційні рамки. У світі спостерігається поступове зростання кількості країн, які розробили національні плани або програми з контролю вірусних гепатитів; ВООЗ відзначає, що все більше країн включають послуги з профілактики, діагностики та лікування гепатитів до пакетів універсального охоплення медичними послугами [17]

Україна належить до держав, які задекларували елімінацію вірусних гепатитів до 2030 року, ухвалили відповідну Національну стратегію, оновили стандарти медичної допомоги та активно залучаються до міжнародних ініціатив, однак реалізація цих документів значною мірою ускладнена повномасштабною війною, внутрішньою міграцією, руйнуванням інфраструктури й ресурсними обмеженнями.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що темпи виконання Глобальної стратегії ВООЗ щодо вірусного гепатиту В як у світі, так і в Україні є недостатніми для гарантованого досягнення цілей 2030 року, особливо за напрямками діагностики та лікування. Водночас Україна має співставний або навіть дещо кращий прогрес у сфері вакцинації, але перебуває в суттєво більш уразливих умовах через військові дії та економічні обмеження, що об'єктивно сповільнюють реалізацію національних планів елімінації.

Українська система громадського здоров'я за підтримки міжнародних партнерів реалізувала низку заходів для подолання перешкод, що виникли під час війни. Одним із головних досягнень стало забезпечення безперервного постачання вакцин: уже з початку 2023 р. країна була повністю забезпечена препаратами для рутинної імунізації, а у 2023–2024 рр. дефіциту вакцин не допущено. Це стало можливим завдяки програмі «Fragility Support» Глобального Альянсу GAVI, а також гуманітарній підтримці ВООЗ, ЮНІСЕФ та ЄС, які надали холодильне обладнання, пересувні холодильники та спеціалізований транспорт для доставки вакцин у складні та віддалені регіони. Для підтримання доступності вакцинації були розгорнуті мобільні бригади щеплень, що працюють у громадах без діючих амбулаторій, у місцях тимчасового перебування переселенців та у сільській місцевості. У низці

регіонів також встановлено модульні амбулаторії, які замінюють зруйновані медичні заклади. Станом на 2023 р. в Україні функціонувало 2 464 кабінети щеплень, забезпечені сертифікованими вакцинами для безоплатного введення населенню.

Окремим напрямом стала підтримка вакцинації новонароджених у пологових будинках. Для запобігання пропускам організовано резервні бригади та додаткові логістичні рішення у разі пошкодження обладнання або перебоїв у постачанні. У результаті охоплення першою дозою вакцини проти гепатиту В у 2023 р. досягло 88,6 % у середньому по країні, хоча показники суттєво відрізнялися між регіонами. Попри це, програма «народження без гепатиту В» залишилася дієвою навіть у воєнних умовах, що свідчить про ефективність гнучкого планування та міжнародної підтримки.

## **Висновки до розділу 2**

Проведене порівняння темпів реалізації Глобальної стратегії ВООЗ із національними результатами засвідчило, що Україна загалом демонструє аналогічну траєкторію прогресу, що й світова спільнота. Найбільш суттєві досягнення спостерігаються у сфері вакцинації: рівень охоплення третьою дозою вакцини проти гепатиту В серед дітей та показники вакцинації при народженні є співставними — а в окремі роки навіть вищими — за середньосвітові значення. Це свідчить про високу сталість і результативність системи дитячої імунопрофілактики.

Разом з тим аналіз виявив істотні проблемні зони, насамперед у діагностиці та охопленні лікуванням хронічних форм вірусного гепатиту В. Саме ці компоненти стримують досягнення цільових орієнтирів стратегії до 2030 року. На динаміку показників негативно вплинули фактори, зумовлені повномасштабною війною: внутрішня міграція населення, руйнування медичної інфраструктури, нерівномірність доступу до первинної ланки та лабораторної діагностики, що поглибило регіональну нерівність у рівні охоплення профілактикою та лікуванням.

### **РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В В УКРАЇНІ**

Стан вакцинації проти гепатиту В в Україні має ключове значення для епідеміологічної ситуації в країні, оскільки саме імунопрофілактика визначає рівень захищеності дитячого населення та груп ризику. Як показав аналіз у попередніх розділах, глобальні та національні стратегічні документи підкреслюють вирішальну роль масового щеплення у зниженні захворюваності та попередженні хронічних форм інфекції. В Україні вакцинація проти гепатиту В залишається одним із найбільш ефективних та економічно обґрунтованих заходів громадського здоров'я, здатним впливати на довгострокові показники смертності й інвалідизації.

Разом із тим реальна ефективність програм імунопрофілактики залежить від стабільності охоплення населення щепленнями, своєчасності введення дози при народженні та можливості завершення повного курсу вакцинації. В умовах воєнних дій показники охоплення вакцинацією стали особливо нестабільними, що призвело до суттєвих коливань у різних регіонах країни та змінило загальну структуру доступності рутинних щеплень. Такі обставини вплинули на динаміку імунопрофілактики та підкреслили важливість оцінки реального рівня виконання вакцинаційних програм у період відновлення системи охорони здоров'я. Отже, наступним етапом нашого дослідження було проведено аналіз ролі вакцинації та сучасного стану профілактики проти гепатиту В в Україні.

#### **3.1 Вивчення ролі вакцинації у профілактиці гепатиту В в Україні**

Вакцинація є основним і найбільш надійним методом профілактики вірусного гепатиту В. Відповідно до сучасних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожна дитина повинна отримати першу дозу вакцини від гепатиту В якомога раніше після народження — бажано протягом перших 24 годин життя, оскільки саме у цей період існує високий ризик інфікування [21]. Доведено, що інфікування новонародженого в

неонатальному періоді призводить до розвитку хронічної форми гепатиту В у переважній більшості випадків, що значно підвищує імовірність раннього виникнення цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми у підлітковому або молодому віці [14].

Після дози при народженні для повного формування імунітету необхідно отримати ще дві або три дози згідно з календарем щеплень [27]. Оптимальними схемами вакцинації вважаються:

- трьохдозова схема (0–1–6 місяців):
  - ✓ перша доза — у перші 24 години життя (моновалентна вакцина);
  - ✓ друга доза — у віці одного місяця (має критичне значення для запобігання зараженню від інфікованих членів родини);
  - ✓ третя доза — у віці шести місяців (моновалентна чи комбінована вакцина), що забезпечує формування тривалого імунітету проти ВГВ.

Для новонароджених від матерів, хворих на гепатит В або носіїв HBsAg, рекомендована чотиридозова схема вакцинації [30].

- ✓ перша доза — у перші 24 години життя (моновалентна вакцина + специфічний імуноглобулін);
- ✓ друга доза — у віці 1 місяця;
- ✓ третя доза — у віці 2–3 місяців (моновалентна або комбінована вакцина);
- ✓ четверта доза — у віці 6 місяців, що забезпечує формування повного та довготривалого імунітету.

Результати епідеміологічних досліджень доводять, що повний курс вакцинації викликає формування захисних антитіл у близько 95% дітей і молодих дорослих, сформований імунітет зберігається щонайменше 20 років, а у значної кількості осіб протягом усього життя. Вакцинація новонароджених залишається найбільш ефективною стратегією зменшення захворюваності на гепатит В [7]. Доказом цього є дані країн із високим рівнем ендемічності: там, де раніше 8–15% дітей інфікувалися гепатитом В, після впровадження масової

імунізації показники хронічної інфекції серед щеплених дітей знизилися менше ніж до 1% [1].

	У перші 18 місяців життя						Від 2 до 18 років				
	1 доба	3-5 доба	2 місяці	4 місяці	6 місяці	12 місяців	18 місяців	6 років	14 років	16 років	Дорослі
Гепатит В	2 1 доза		2 2 доза		2 3 доза						
Туберкульоз		1 1 доза									
Кір Епідемічний паротит Краснуха						6 1 доза		6 2 доза			
Дифтерія Правець			3 1 доза	3 2 доза	3 3 доза		3 1 ревакц.	3 2 ревакц.		3 3 ревакц.	Кожні 10 років
Кашлюк			3 1 доза	3 2 доза	3 3 доза		3 1 ревакц.				
Поліомієліт			4 1 доза	4 2 доза	4 3 доза		4 1 ревакц.	4 2 ревакц.	4 3 ревакц.		
Хібі-інфекція			5 1 доза	5 2 доза		5 1 ревакц.					

Рис 3.1 Інфографіка календарю щеплень України [32]

В Україні вакцинація проти гепатиту В належить до обов'язкових відповідно до наказу МОЗ України № 947 від 18.05.2018 р. «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень» (рис. 3.1). Згідно з Національним календарем щеплень, новонароджені отримують три дози вакцини: у першу добу життя, у віці одного місяця та шести місяців [27]. Надалі можливість ревакцинації розглядається індивідуально, залежно від рівня антитіл. Встановлено, що після першої дози імунна відповідь формується у приблизно 48% щеплених, після другої — 91%, а після третьої дози захищеність досягає 96–97%.

Отже, вакцинація проти гепатиту В є ключовим інструментом контролю інфекції як у світі, так і в Україні. Високе охоплення вакцинацією

новонароджених та груп ризику є визначальним для зменшення кількості хронічних випадків, попередження цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми, а також для досягнення глобальних цілей ВООЗ із ліквідації вірусних гепатитів як загрози громадському здоров'ю.

З огляду на наведені дані, ключова роль ранньої імунопрофілактики у зниженні поширеності хронічних форм вірусного гепатиту В є беззаперечною. Саме тому подальший етап нашого дослідження зосереджено на аналізі рівня охоплення вакцинацією дітей, як найбільш чутливої та пріоритетної для контролю інфекції групи.

Рівень охоплення дітей вакцинацією проти гепатиту В в Україні суттєво коливався після запровадження імунізації у 2002 році. У 2015–2016 рр. показники різко знизилися (менше 30 %) через перебої з постачанням вакцин та кризу довіри, однак надалі поступово зростали і напередодні пандемії досягли близько 80 %. Загалом у 2015–2023 рр. лише 25–80 % дітей отримували повний курс вакцини, що вважається недостатнім для досягнення цілей елімінації гепатиту В.

Повномасштабна війна у 2022 р. спричинила повторне падіння охоплення до 62 %, що було пов'язано з бойовими діями, міграцією населення, руйнуванням медичної інфраструктури та обмеженим доступом до планових щеплень. Дозу при народженні отримала лише половина новонароджених. Частина дітей отримала вакцинацію за кордоном, але ці дані не були повною мірою внесені до eHealth, тому реальний рівень захищеності залишався нижчим за довоєнний.

Попри складні умови, національна програма імунізації не припинялася, і вже у 2023 р. показники охоплення почали відновлюватися завдяки адаптації системи охорони здоров'я та кампаніям з надолуження щеплень. До кінця 2023 р. третю дозу вакцини від ВГВ, НерВЗ, отримало близько 79–80 % дітей, а на початок 2024 р. понад 80 %. За попередніми оцінками, у 2024 р. охоплення трьома дозами досягло 88 %, що майже повернуло Україну до докризового рівня, хоча все ще нижче за рекомендовані 90–95 %.

Воєнні дії суттєво ускладнили доступ до рутинної вакцинації. Фізична небезпека, руйнування медичних закладів, пошкодження холодового обладнання та перебої з електропостачанням призводили до перенесення або скасування планових щеплень. Особливо критичним був 2022 рік, коли евакуація медичних установ, дефіцит персоналу та логістичні труднощі спричинили тимчасові перебої у постачанні вакцин.

Додатковим фактором стало масове переміщення населення: внутрішні переселенці та біженці не завжди мали доступ до сімейного лікаря на новому місці, що призводило до порушення графіка щеплень. Хоча МОЗ дозволило ВПО обслуговуватися в будь-якому закладі без прив'язки до прописки, щеплення, проведені за кордоном, часто не враховуються у національній статистиці, що ускладнює подальший моніторинг і планування. Крім фізичних бар'єрів, впливали й психологічні: під час війни пріоритети населення зміщуються, тому частина батьків відкладає вакцинацію дітей. Ситуацію погіршує поширення дезінформації про «небезпечність щеплень», що знижує довіру до імунізації та ускладнює відновлення належного охоплення.

Порівняльний аналіз охоплення дітей вакцинацією проти гепатиту В у 2015–2024 рр. демонструє стійке відставання України від середньосвітових та особливо від європейських показників (рис. 3.2).

На тлі стабільно високого глобального охоплення (83–86 %) Україна протягом більшої частини досліджуваного періоду не наближалася до рівня, необхідного для досягнення цілей елімінації гепатиту В. Особливо критичною була ситуація у 2015–2016 рр., коли рівень охоплення в Україні становив лише 27–30 %, що більш ніж удвічі поступалося середньосвітнім значенням і майже утричі — європейським. Надалі спостерігалось поступове підвищення охоплення, і у 2019 р. Україна вперше наблизилася до показників світового рівня (78 % проти 86 %), хоча суттєвий розрив із європейським регіоном зберігався (92 %). Пандемія COVID-19, а згодом і повномасштабна війна, знову посилювали диспропорції: у 2022 р. охоплення в Україні знизилось до 62

%, тоді як глобальний показник залишався стабільним (84 %), а європейський — незмінно високим (91 %).

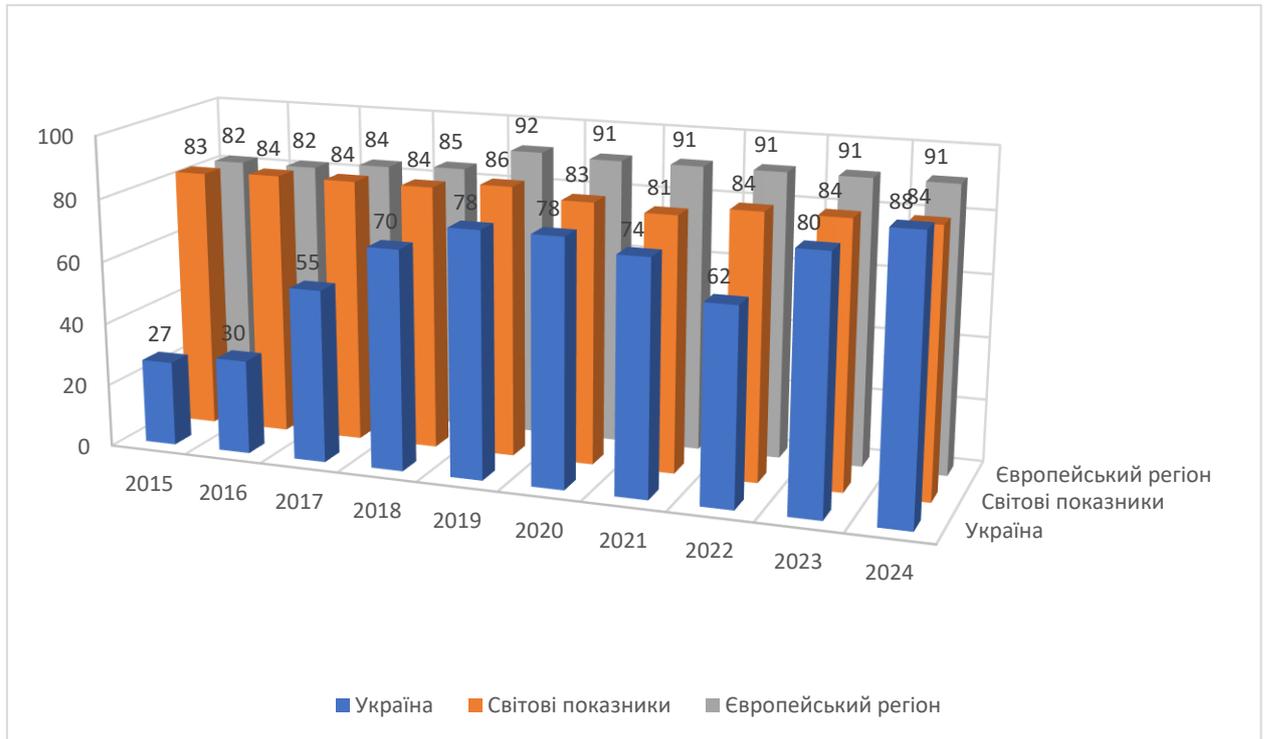


Рис. 3.2 Динаміка охоплення дітей вакцинацією проти гепатиту В у світі, Європейському регіоні та в Україні в період 2015-2024 рр.

Починаючи з 2023 р., відбулося відновлення імунізаційних показників, і у 2024 р. рівень охоплення дітей в Україні (88 %) навіть перевищив середньосвітовий (84 %). Проте розрив із країнами Європейського регіону все ще існує (88 % проти 91 %), що свідчить про неповне надолуження пропущених щеплень та збереження регіональних диспропорцій у доступі до рутинної вакцинації.

Показники 2022 р. продемонстрували, що просідання охоплення відразу відображається на епідемічній ситуації. В Україні тривалий час реєстрували дуже низьку захворюваність на гепатит В серед дітей, завдяки багаторічній імунізації новонароджених. Однак у 2022–2023 рр. намітилася тривожна тенденція: зросла захворюваність на гострий гепатит В у дітей віком до 1 року, 1–4 та 5–9 років, тобто саме в тих вікових групах, які мали б бути

захищені вакцинацією. Фахівці зафіксували це зростання навіть попри неповну звітність із тимчасово окупованих територій.

Одночасно у 2023 р. виявлено збільшення числа хронічних ВГВ-інфекцій, показник майже повернувся до доковідного рівня і хоч абсолютні цифри поки невеликі, тенденція викликає занепокоєння: коли щеплення пропущені, вірус активно передається до сприйнятливих дітей. За 2020–2022 рр. в Україні почастишали випадки виявлення поверхневого антигену вірусу гепатиту В HBsAg у дітей, які народилися від інфікованих матерів чи отримували переливання крові, це підкреслює необхідність не лише універсальної вакцинації новонароджених, а й додаткових заходів (скринінг вагітних на HBsAg, введення імуноглобуліну при ризику перинатальної передачі тощо). загальна епідемічна ситуація щодо гепатиту В залишається напруженою і може погіршитися, якщо не досягти повного охоплення щепленнями. Експерти відносять гепатит В до інфекцій, актуальних під час війни, які становлять приховану загрозу здоров'ю населенню

### **3.2 Аналіз охоплення вакцинацією проти гепатиту В (НерВ3) в Україні**

У період воєнних викликів рівень охоплення вакцинацією проти гепатиту В став ключовим індикатором стійкості системи профілактики інфекційних хвороб. Зміни у доступності медичної допомоги, мобільності населення та роботі пунктів щеплень суттєво вплинули як на своєчасність введення доз, так і на завершення повного курсу імунізації. Отже, наступним етапом було вирішено дослідити фактичні показники охоплення трьома дозами вакцини (НерВ3) та їхню динаміку, що дозволяє оцінити реальний стан і ефективність імунопрофілактики у 2023–2025 роках.

Нами було проведено розрахунок темпу приросту охоплення вакцинацією проти гепатиту В третьою дозою (НерВ3) у динаміці 2023–2025 років за формулою:

$$\text{Темп приросту} = \frac{\text{Охоплення НерВЗ у 2025 р}}{\text{Охоплення НерВЗ у 2023 р}} * 100 - 100$$

Обраний період відображає найважливіший етап функціонування системи імунопрофілактики в Україні — час після початку повномасштабного вторгнення, коли рівень доступності медичних послуг, робота пунктів щеплень та логістика постачання вакцин зазнали суттєвих змін.

2023 рік став базовим показником, який характеризує наслідки різкого спаду охоплення, спричиненого бойовими діями, масовою міграцією населення, руйнуванням медичної інфраструктури та обмеженим доступом до рутинної вакцинації у 2022 році. Натомість 2024–2025 роки відображають період активного відновлення системи охорони здоров'я, адаптації програм імунопрофілактики до умов війни, розширення роботи мобільних бригад та реалізації «наздоганяючих» кампаній вакцинації. Тому аналіз змін саме за ці роки дає змогу найбільш точно оцінити ефективність управлінських, організаційних та логістичних рішень, що були впроваджені для забезпечення охоплення дитячого населення плановими щепленнями.

Таблиця 3.1

**Аналіз охоплення вакцинацією проти гепатиту В (НерВЗ) в Україні за регіонами (2020–2025 рр.)**

Регіон України	Охоплення НерВЗ у 2023 р., %	Охоплення НерВЗ у 2025 р., %	Темп приросту 2025/2023	Середнє охоплення 2020–2025 рр.
1	2	3	4	5
Вінницька	67,8	90,0	32,7	78,9
Волинська	77,0	90,9	18,1	83,4
Дніпропетровська	53,5	97,7	82,6	85,0
Донецька	35,9	99,9	178,3	74,9
Житомирська	68,3	97,0	42,0	85,3

Продовження табл.3.1

1	2	3	4	5
Закарпатська	51,6	77,4	50,0	58,7
Запорізька	45,1	98,0	117,3	78,7
Івано-Франківська	63,2	85,0	34,5	72,7
Київська	78,4	84,9	8,3	82,3
Кіровоградська	74,4	86,5	16,3	79,8
Луганська	5,2	н/д	н/д	н/д
Львівська	55,6	73,2	31,7	67,5
Миколаївська	61,7	97,5	58,0	89,5
Одеська	54,4	77,9	43,2	66,7
Полтавська	90,3	92,4	2,3	90,4
Рівненська	84,6	95,1	12,4	79,4
Сумська	80,9	94,3	16,6	92,0
Тернопільська	55,6	80,3	44,4	67,6
Харківська	38,2	88,9	132,7	72,4
Херсонська	20,8	95,6	359,6	72,2
Хмельницька	61,8	92,5	49,7	73,4
Черкаська	85,9	90,4	5,2	88,4
Чернівецька	61,4	78,9	28,5	73,8
Чернігівська	73,2	96,4	31,7	81,2
м. Київ	77,3	94,7	22,5	88,3
УКРАЇНА	62,4	88,0	41,0	77,5

Аналіз динаміки охоплення вакцинацією проти гепатиту В (НерВ3) у 2023–2025 роках свідчить про суттєве покращення ситуації в абсолютній більшості регіонів України. Розрахований темп приросту 2025/2023 рр. демонструє, що за цей період відбулося значне зміцнення системи імунoproфілактики, особливо в областях, які внаслідок активних бойових дій

мали критично низькі показники у 2023 році. Загальнонаціональний темп приросту становив 41 %, що відображає загальносистемне відновлення імунізації після спаду, спричиненого війною та порушенням доступу до медичних послуг.

Найвищі темпи приросту зафіксовані в Херсонській області (+359,6 %), де охоплення зросло з 20,8 % до 95,6 %. Подібно високі темпи спостерігаються у Донецькій (+178,3 %), Харківській (+132,7 %) та Запорізькій областях (+117,3 %). Характерною рисою цих регіонів є те, що вони постраждали від активних бойових дій, що суттєво обмежувало доступ до планових щеплень у 2023 році. Тому різке зростання охоплення у 2025 році відображає ефективність мобільних бригад щеплень, відновлення інфраструктури, покращення логістики вакцинації та підтримку міжнародних партнерів. Значний приріст також спостерігається у Дніпропетровській області (+82,6 %), де у 2025 році охоплення повернулося на рівень, близький до рекомендованих ВООЗ показників.

Помірні темпи приросту зафіксовано в тих регіонах, які вже мали достатньо високі рівні охоплення у 2023 році, що об'єктивно обмежує можливість подальшого зростання. До них належать Сумська (+16,6 %), Кіровоградська (+16,3 %), Волинська (+18,1 %), Рівненська (+12,4 %) та Черкаська область (+5,2 %). У цих регіонах високі показники охоплення упродовж 2020–2025 років свідчать про стабільне функціонування системи рутинної імунізації.

Мінімальний темп приросту спостерігається у Полтавській області (+2,3 %), де охоплення традиційно наближається до максимально можливих значень (92,4 % у 2025 році). Невелике зростання також зареєстроване у Київській області (+8,3 %) та м. Києві (+22,5 %), що пояснюється високою вихідною значенням 2023 року.

Натомість у низці регіонів, зокрема Львівській (+31,7 %), Тернопільській (+44,4 %) та Закарпатській області (+50,0 %), темпи приросту є помірними, проте недостатніми для досягнення рекомендованих ВООЗ

рівнів охоплення. Це вказує на збереження локальних бар'єрів, а саме низької доступності до щеплень у сільській місцевості, коливання рівня довіри до вакцинації та впливу міграційних процесів.

У Луганській області дані за 2025 рік відсутні, що робить неможливим обчислення темпу приросту іа відображає складнощі моніторингу в умовах окупації та обмеженої роботи медичних закладів.

Порівняльний аналіз показників 2023 та 2025 років свідчить про суттєве вирівнювання охоплення вакцинацією НерВ3 між регіонами: якщо у 2023 році значення коливалися від поодиних відсотків до понад 80 %, то у 2025 році більшість областей досягли рівня вище 90 %. Чітко простежується тенденція до зростання, що узгоджується зі збільшенням середнього національного показника з 62,4 % до 88 %. Водночас контраст між окремими областями у 2023 році підкреслює масштаби подальшого покращення. (рис.3.3)

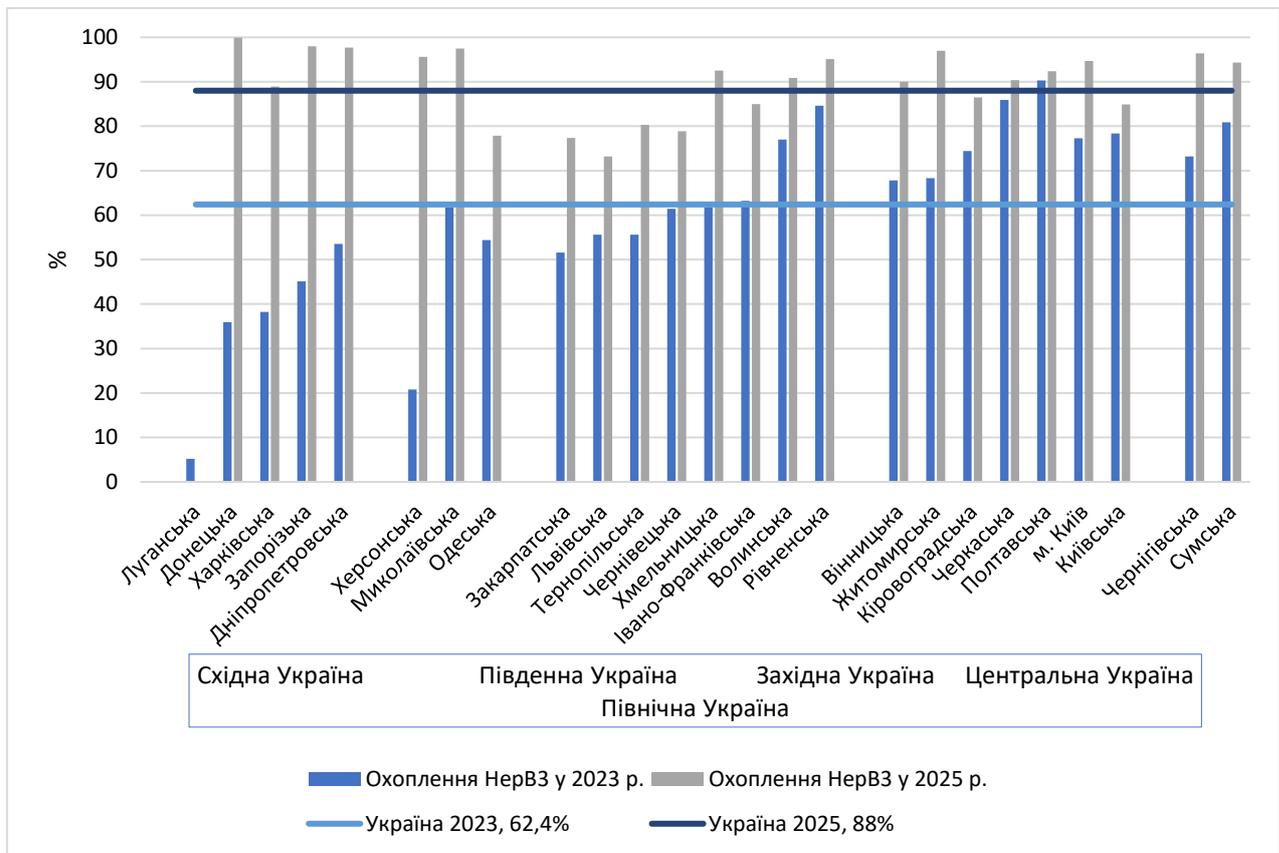


Рис. 3.3 Порівняльний аналіз рівнів охоплення вакцинацією НерВ3 у 2023 та 2025 роках у регіонах України.

Порівняння охоплення вакцинацією НерВ3 у 2023 та 2025 роках за регіонами свідчить про чітку диференціацію за географічними зонами. Найбільш виражена позитивна динаміка характерна для східних та південних областей — Донецької, Запорізької, Харківської, Херсонської, де у 2023 році рівень щеплення був критично зниженим через активні бойові дії та руйнування медичної інфраструктури. До 2025 року саме ці регіони демонструють найвищі темпи відновлення, значною мірою завдяки роботі мобільних бригад, міжнародній підтримці та відновленню доступу до первинної медичної допомоги.

Західні області (Львівська, Івано-Франківська, Тернопільська, Закарпатська) зберігають переважно середні показники як у 2023, так і у 2025 роках. Для них характерні менші перепади охоплення, проте рівень вакцинації не завжди досягає рекомендованих ВООЗ значень, що пов'язано із сільською структурою населення та нерівномірністю доступності медичних послуг. Центральні області (Вінницька, Полтавська, Черкаська, Житомирська, Київська) демонструють найстабільніші результати: високий вихідний рівень охоплення та відносно помірне збільшення до 2025 року, що свідчить про ефективне функціонування рутинної імунопрофілактики навіть в умовах війни.

Північний регіон (Сумська та Чернігівська області) утримує стабільно високі показники та демонструє рівномірне зростання, тоді як відсутність повних даних з Луганської області підкреслює проблеми моніторингу на окупованих територіях. Проведений аналіз за географічними регіонами підтверджує, що регіональні відмінності в охопленні щепленнями залишаються значними, однак тенденція до вирівнювання охоплення у 2025 році свідчить про ефективність адаптаційних заходів системи охорони здоров'я.

Загалом, аналіз темпу приросту підтверджує, що протягом 2023–2025 років відбулося суттєве відновлення роботи вакцинальної служби, причому найдинамічніший прогрес спостерігається у прифронтових та деокупованих

областях. Високі значення приросту свідчать про ефективність застосованих інструментів, зокрема мобільних бригад, посиленої логістики доставки вакцин, міжнародної підтримки та комунікаційних кампаній. Водночас збереження регіональних диспропорцій вказує на потребу подальшого вдосконалення системи імунопрофілактики, особливо в областях із традиційно низьким рівнем охоплення. Дослідження міжрегіональної динаміки охоплення вакцинацією проти гепатиту В третьою дозою у 2020–2025 рр. свідчить про неоднорідність показників між областями України. Стабільно високі значення характерні для регіонів із налагодженою системою контролю вакцинації та інформаційної взаємодії з батьками, тоді як регіони з низьким і нестійким охопленням мають проблему завершення курсу щеплень, попри високе охоплення першою дозою при народженні.

Таким чином, основні проблеми профілактики гепатиту В в Україні полягають у завершенні курсу і регіональних відмінностях організації імунопрофілактики, що обґрунтовує необхідність управлінських і комунікаційних рішень, зокрема у регіонах із підвищеною соціальною та міграційною вразливістю.

### **3.3 SWOT-аналіз профілактики гепатиту В в Україні**

Наступним етапом нашого дослідження було проведено SWOT-аналіз профілактики гепатиту В в Україні з метою виявлення сильних і слабких сторін, а також визначення можливостей та загроз, що впливають на ефективність реалізації програм імунопрофілактики та рівень охоплення щепленнями.

SWOT-аналіз (від англ. *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) — це універсальний метод стратегічного планування, який застосовується для комплексної оцінки внутрішнього стану системи та зовнішніх факторів, що впливають на її розвиток. Метод дозволяє структурувати інформацію про ключові чинники успіху та ризики й на основі цього визначати напрямки вдосконалення діяльності.

Таблиця.3.2

### SWOT-аналіз профілактики гепатиту В в Україні

<b>S — Strengths (Сильні сторони)</b>	<b>W — Weaknesses (Слабкі сторони)</b>
<p>Наявність Національного календаря профілактичних щеплень із включенням вакцинації проти гепатиту В.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обов'язкове щеплення в пологових будинках у перші 24 години життя.</li> <li>• Висока ефективність вакцини та сформованого імунітету (до 95–97% після повного курсу).</li> <li>• Вакцинопрофілактика відповідає рекомендаціям ВООЗ та міжнародним стандартам.</li> <li>• Наявність нормативно-правової бази та наказів МОЗ щодо вакцинації.</li> </ul>	<p>Нерівномірне охоплення вакцинацією регіонів України, залежність від місцевої організації охорони здоров'я.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Низький рівень охоплення щепленням груп ризику (особи, що вживають ін'єкційні наркотики, МСМ, медпрацівники, ув'язнені).</li> <li>• Недостатня кількість інформаційно-просвітницьких кампаній серед населення.</li> <li>• Недостатній контроль за дотриманням графіка щеплень та відсутність електронної системи нагадувань / моніторингу.</li> <li>• Вплив антивакцинальної пропаганди у медіа та соціальних мережах, недовіра частини населення до вакцинації</li> </ul>
<b>О — Opportunities (Можливості)</b>	<b>T — Threats (Загрози)</b>
<p>Впровадження електронного контролю вакцинацій (нагадування через eHealth, "Дія", СМС).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Розширення програм catch-up вакцинації для дітей, підлітків і дорослих.</li> <li>• Інформування населення через національні кампанії медичної грамотності.</li> </ul>	<p>Ризик зниження охоплення вакцинацією через військові дії та формування важкодоступних груп населення.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Міграційні процеси можуть збільшувати ризики завезення нових випадків гепатиту В.</li> <li>• Недофінансування охорони здоров'я може вплинути на безперебійне забезпечення вакцинами.</li> </ul>

SWOT-аналіз широко використовується в менеджменті, державному управлінні, охороні здоров'я, соціальній сфері та при плануванні програм втручань, оскільки дає змогу інтегрувати якісні та кількісні дані й отримати цілісне бачення ситуації. У системі охорони здоров'я цей метод застосовують для оцінювання ефективності профілактичних програм, аналізу доступності медичних послуг, визначення сильних і слабких аспектів організації медичної допомоги, а також для підтримки прийняття управлінських рішень.

Перевага SWOT-аналізу полягає в його простоті, наочності та можливості адаптації до будь-якого масштабу — від оцінки конкретної програми до національних стратегій. Завдяки цьому метод дозволяє виявити ключові напрями розвитку, оптимізувати використання ресурсів і сформулювати обґрунтовані рекомендації для підвищення ефективності профілактичних заходів, зокрема таких, як імунопрофілактика вірусного гепатиту В.

Результати проведеного SWOT-аналізу засвідчують, що основою профілактики гепатиту В в Україні є налагоджена система вакцинопрофілактики та відповідність національних стандартів міжнародним рекомендаціям. Водночас наявні організаційні та комунікаційні слабкі сторони — нерівномірність охоплення вакцинацією за регіонами, недостатній доступ до імунопрофілактики для груп ризику та брак інформаційних кампаній — обмежують можливість досягнення цілей ВООЗ щодо елімінації гепатиту В як загрози громадському здоров'ю.

Потенційні можливості для посилення профілактики полягають у цифровізації контролю вакцинації, розширенні catch-up програм, покращенні захисту груп ризику та залученні міжнародної підтримки. Основними загрозами залишаються вплив дезінформації, наслідки воєнних дій та ризик нестабільності фінансування.

Отже, підвищення ефективності профілактики гепатиту В потребує комплексного підходу, що включає не лише медичні заходи, а й управлінські, комунікаційні та соціальні рішення.

### Висновки до 3 розділу

Вакцинація проти гепатиту В є ключовим інструментом профілактики інфекції, що забезпечує формування захисних антитіл у 95–97 % щеплених та суттєво знижує ризик розвитку хронічних форм захворювання, цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми.

Виявлено, що рівень охоплення вакцинацією проти гепатиту В в Україні у 2015–2023 рр. залишався недостатнім для досягнення цілей елімінації інфекції, з періодами різкого спаду охоплення (менше 30 % у 2015–2016 рр. та 62 % у 2022 р.).

Починаючи з 2023 р., відзначається тенденція до відновлення охоплення імунізацією, і в 2024 р. рівень охоплення НерВ3 (88 %) наблизився до докризових значень і перевищив середньосвітній показник, однак все ще поступається середньоєвропейському рівню, що свідчить про неповне надолуження пропущених щеплень.

Розрахунок темпу приросту охоплення у 2023–2025 рр. показав суттєве відновлення роботи вакцинальної служби, з особливо високими темпами зростання в деокупованих та прифронтових регіонах, де були реалізовані мобільні форми імунопрофілактики та активно залучалась міжнародна підтримка.

Результати SWOT-аналізу засвідчують, що сильними сторонами системи профілактики гепатиту В є наявність нормативної бази, ефективних вакцин та відповідність міжнародним рекомендаціям, тоді як основними проблемами залишаються нерівномірне регіональне охоплення, недостатній захист груп ризику, вплив дезінформації та обмеженість ресурсів в умовах війни.

Підвищення ефективності профілактики гепатиту В в Україні потребує комплексного підходу, що включає не лише забезпечення доступності вакцин, але й удосконалення організації імунопрофілактики на регіональному рівні, посилення комунікаційних стратегій, скринінг вагітних та адресний захист груп ризику.

## ВИСНОВКИ

Вірусний гепатит В є однією з провідних інфекційних загроз для громадського здоров'я, що зумовлено його високою контагіозністю, здатністю до хронізації та значним ризиком тяжких ускладнень (цироз, гепатоцелюлярна карцинома). Для України характерне домінування генотипу D, який асоціюється з більш тяжким перебігом захворювання та складнішим контролем інфекції.

Вакцинація є найбільш ефективним методом первинної профілактики гепатиту В, який забезпечує формування захисних антитіл у 95–97 % щеплених і суттєво знижує ризик хронізації інфекції. Рання імунізація новонароджених (перша доза в перші 24 години життя) є критично важливою для попередження перинатальної передачі та розвитку хронічних форм.

Порівняння національних показників з Глобальною стратегією ВООЗ засвідчує, що Україна демонструє схожу траєкторію прогресу з міжнародною спільнотою, але з вираженими диспропорціями. Найкращі результати досягнуті у сфері дитячої вакцинації: в окремі роки рівень охоплення третьою дозою вакцини проти гепатиту В наближався або перевищував середньосвітові показники. Водночас компоненти, пов'язані з діагностикою, скринінгом та охопленням лікуванням хронічних форм ВГВ, залишаються недостатньо розвиненими, що стримує виконання цілей елімінації до 2030 року.

Аналіз динаміки охоплення вакцинацією проти гепатиту В в Україні у 2015–2024 рр. виявив періоди суттєвого спаду та часткового відновлення. Критичними стали 2015–2016 рр. (менше 30 % охоплення), а також 2022 р., коли через повномасштабну війну показник знизився до 62 %. Починаючи з 2023 р., зафіксовано стабільне зростання: у 2024 р. охоплення НерВ3 досягло близько 88 %, перевищивши середньосвітній рівень, але все ще поступаючись середньоєвропейському, що свідчить про неповне надолуження пропущених щеплень. Розрахунок темпів приросту охоплення вакцинацією НерВ3 у 2023–2025 рр. показав суттєве відновлення роботи вакцинальної служби, особливо в прифронтових та деокупованих регіонах. Високі темпи приросту у цих

областях пов'язані з впровадженням мобільних бригад, гнучких форматів надання щеплень, міжнародної підтримки (GAVI, ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЄС) та спеціальних заходів з підтримки рутинної імунізації в умовах війни.

Міжрегіональний аналіз засвідчив виражену нерівномірність охоплення вакцинацією, зокрема нижчі показники в окремих західних областях та регіонах із високою міграційною та соціальною вразливістю.

Результати SWOT-аналізу показали, що сильними сторонами системи профілактики гепатиту В в Україні є наявність Національного календаря щеплень, обов'язкова вакцинація новонароджених, висока ефективність вакцин та відповідність національних підходів міжнародним рекомендаціям. Водночас слабкі сторони включають нерівномірне охоплення регіонів, недостатній захист груп ризику, обмеженість інформаційно-просвітницьких кампаній, брак інструментів електронного моніторингу вакцинації та значний вплив антивакцинальної пропаганди.

Ключові можливості для посилення профілактики гепатиту В пов'язані з цифровізацією системи контролю щеплень, розширенням програм catch-up вакцинації, системним скринінгом вагітних і контактних осіб, а також інтеграцією питань імунопрофілактики у програми медичної та фармацевтичної грамотності населення. Серед найважливіших загроз — наслідки збройної агресії, формування важкодоступних груп населення, міграційні процеси та ризик нестабільності фінансування програм громадського здоров'я.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що підвищення ефективності організації профілактики гепатиту В в Україні потребує комплексного, міждисциплінарного підходу, який поєднує медичні, організаційні, соціальні та комунікаційні заходи: від зміцнення системи рутинної вакцинації й захисту груп ризику до посилення діагностики, лікування хронічних форм ВГВ та розвитку культури довіри до профілактичних щеплень як ключового інструменту збереження громадського здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Hepatitis B Vaccine Information Statement / Centers for Disease Control and Prevention. 2023. URL: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hep-b.html> (Date of access: 24.10.2025).
2. EASL Clinical Practice Guidelines on HBV infection / European Association for the Study of the Liver. *J. Hepatol.* 2017. Vol. 67(2). P. 370–398. DOI: 10.1016/j.jhep.2017.03.021.
3. Hepatitis B – Annual Epidemiological Report 2023 / European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm : ECDC, 2024. URL: <https://www.ecdc.europa.eu> (Date of access: 24.10.2025).
4. Hepatitis B – Annual Epidemiological Report 2024 / European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm : ECDC, 2025. 46 p. URL: <https://www.ecdc.europa.eu> (Date of access: 24.10.2025).
5. Monitoring responses to the hepatitis B C epidemics in the EU/EEA Member States 2023 / European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm : ECDC, 2024. URL: <https://www.ecdc.europa.eu> (Date of access: 24.10.2025).
6. Fragility Support for immunisation systems in Ukraine: Implementation Report 2023 / Gavi, the Vaccine Alliance. Geneva, 2024. 38 p. URL: <https://www.gavi.org/vaccineswork/gavis-impact-2024-seven-key-statistics> (Date of access: 24.10.2025).
7. Ask the Experts: Hepatitis B – vaccine recommendations / Immunization Action Coalition. 2024. URL: <https://www.immunize.org/ask-experts/topic/hepb/> (Date of access: 11.11.2025).
8. Global vaccination database. *Immunization Data Portal.* URL: <https://immunizationdata.who.int/> (Date of access: 11.11.2025).
9. The effectiveness of hepatitis B vaccine in toddlers based on the five-year period national basic health research (Riskesdas 2007, 2013 and 2018) in Indonesia / C. S. W. Lestari et al. *PeerJ.* 2023. Vol. 11. P. e15199. DOI: 10.7717/peerj.15199.

10. The effectiveness of the national hepatitis B vaccination program 25 years after its introduction in Iran: a historical cohort study / M. Moghadami et al. *Braz. J. Infect. Dis.* 2019. Vol. 23(6). P. 419–426. DOI: 10.1016/j.bjid.2019.10.001.
11. Дані імунізації 2022–2024 / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 11.11.2025).
12. Efficacy and safety of hepatitis B vaccine: an umbrella review of meta-analyses / J. Qiu et al. *Expert. Rev. Vaccines.* 2024. Vol. 23(1). P. 69–81. DOI: 10.1080/14760584.2023.2289566.
13. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices / S. Schillie et al. *MMWR Recomm. Rep.* 2018. Vol. 67(1). P. 1–31. DOI: 10.15585/mmwr.rr6701a1.
14. Національний портал з імунізації : офіційний сайт. URL: <https://vaccine.org.ua> (дата звернення: 25.10.2025).
15. Ukraine vaccination resilience during war. *VaccinesToday.* 2024. URL: <https://vaccinestoday.eu> (Date of access: 11.11.2025).
16. Hepatitis B vaccines / J. Pattyn al. *J. Infect. Dis.* 2021. Vol. 224(12). P. 343–351. DOI: 10.1093/infdis/jiaa668.
17. World Health Organization – Global hepatitis report 2024: Action for access in low- and middle-income countries. Geneva : World Health Organization, 2024. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hepatitis/strategic-information> (Date of access: 11.11.2025).
18. Hepatitis B (HepB3) immunization coverage estimates / World Health Organization, UNICEF. URL: <https://immunizationdata.who.int> (Date of access: 11.11.2025).
19. Global Strategy on Viral Hepatitis 2022–2030. Geneva : WHO, 2022. 72 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779> (Date of access: 11.11.2025).
20. Hepatitis B – Key facts / World Health Organization. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (Date of access: 11.11.2025).

21. Hepatitis B vaccines: WHO position paper, July 2017 – Recommendations / World Health Organization. *Vaccine*. 2019. Vol. 37(2). P. 223–225. DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.07.046.
22. Бондаренко А. М. Вакцинація – оцінка доцільності та ризиків. *Інфекційні хвороби*. 2019. № (2). С. 75–95. DOI: 10.11603/1681-2727.2019.2.10329.
23. Вірусний гепатит В (хронічний). *Керівні документи з вірусних гепатитів*. Київ : Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2016. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 25.10.2025).
24. Інфекційні хвороби : підручник / О. А. Голубовська та ін. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ : Медицина, 2018. 688 с.
25. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження від 27 листоп. 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 25.10.2025).
26. Вакцинація проти гепатиту В / МОЗ України та UNICEF. 2023. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/infectious-diseases/immunization/hepatitis-b-hepb-vaccine> (дата звернення: 25.10.2025).
27. Національний календар профілактичних щеплень в Україні та країнах світу. URL: <https://vakcynacia.com.ua/kalendari-vaktsinatsii> (дата звернення: 25.10.2025).
28. Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дорослих : Наказ МОЗ України від 15.01.2021 р. № 49. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--49-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-v-u-doroslih> (дата звернення: 26.11.2023).
29. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 26.11.2023).

30. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів : Наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 595. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text> (дата звернення: 26.11.2023).
31. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження від 27 листоп. 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 26.11.2023).
32. Нормативні документи з імунізації / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/normativni-dokumenty> (дата звернення: 26.11.2023).
33. Імунопрофілактика інфекційних хвороб : навч.-метод. посіб. / за ред. Л. І. Чернишової, Ф. І. Лапія, А. П. Волохи. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2019. 318 с.
34. National representative seroprevalence of viral hepatitis B, C, and D seromarkers in Ukraine, 2021 / L. Kasatkina et al. *Euro Surveill.* 2025. Vol. 30(29). P. 2500015. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.29.2500015.
35. Brandl M., Dudareva S., Sperle-Heupel I. COVIMPACT Hepatitis: Звіт про кабінетний огляд в Україні / Robert Koch Institute. 2024. DOI: 10.25646/11943.
36. 2025 World Hepatitis Day presentation: Hepatitis B and C – burden, gaps and priorities / World Health Organization. Geneva : WHO, 2025. 54 p. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/2025-world-hepatitis-day-presentation-hep-b-and-c-burden--gaps-and-priorities.pdf> (Date of access: 11.11.2025).
37. Сергеева 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. DOI: 10.11603/1681-2727.2024.2.14609.

## **ДОДАТКИ**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ**



**VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція  
з міжнародною участю**

**«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:  
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»**

**Програма конференції**

**27 листопада 2025 р.**

Харків, 2025

*«Борітеся – поборете!  
Вам Бог помагає!  
За вас правда, за вас слава  
І воля святая!»*

*Т.Г. Шевченко*

## **РЕГЛАМЕНТ ПРОВЕДЕННЯ КОНФЕРЕНЦІЇ**

- 09:50 – 10:00** Реєстрація учасників
- 10:00 – 10:15** Відкриття конференції: привітання від організаторів та гостей конференції
- 10:15 – 12:45** Пленарне засідання
- 13:00 – 14:30** Науково-практичний семінар та презентація стендових доповідей учасників конференції
- 14:30 – 15:00** Обговорення та прийняття резолюції, закриття конференції

**Робочі мови конференції: українська, англійська.**

**Конференція передбачає онлайн виступи з використанням платформи ZOOM meeting.**

**Посилання на підключення до Zoom:**

<https://us02web.zoom.us/j/83659412353?pwd=mAfjJHvmNqihmNN2JO0kow3aayIB9Z.1>

**Ідентифікатор: 836 5941 2353**

**Код доступу: 2711**

## **РЕГЛАМЕНТ ДОПОВІДЕЙ:**

- ✓ доповідь – 10 хвилин;
- ✓ питання до доповідача- до 3-х хвилин;
- ✓ виступ в обговоренні до 5-х хвилин.

**ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ ТА  
СТАНДАРТИЗАЦІЇ**

*Живолуп Григорій, Малініна Наталя,  
Національний фармацевтичний університет, Україна*

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕННЯ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ  
В У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ ВООЗ**

*Ноздріна Альміра, Осадча Інна,  
Національний фармацевтичний університет, Україна*

**ДОСЛІДЖЕННЯ НАПРЯМІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЛАНУВАННЯ  
МАРКЕТИНГОВИХ КОМУНІКАЦІЙ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ**

*Мирошниченко Владислав, Рогуля Ольга,  
Національний фармацевтичний університет, Україна*

**АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИСЕПТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ  
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ В ГОРЛІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ  
УКРАЇНИ**

*Рязанцева Олена, Белік Галина, Ткачова Оксана,  
Національний фармацевтичний університет, Україна*

**АСОРТИМЕНТ  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ХОЗЛ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ  
РИНКУ**

*Колда Альона, Савохіна Марина  
Національний фармацевтичний університет, Україна*

**STUDY ON ORGANIZATIONAL STRUCTURE AND TOOLS OF  
PHARMACOVIGILANCE SYSTEM IN LEBANON**

*Balaghi Mohamad, Surikova Iryna  
National University of Pharmacy, Ukraine*

**Обговорення та прийняття резолюції, закриття конференції: 14.30-15.00**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



## СЕРТИФІКАТ

*Осадча Інна Олександрівна*

брав (ла) участь у VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю  
«**ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**»

за програмою обсягом 3 години / 0,1 кредити ЄКТС

**Досягнуті результати навчання:** використання у професійній діяльності знань основних принципів Національної лікарської політики як складової ефективної сфери охорони здоров'я, а також підходів щодо сприяння раціональному призначенню та використанню лікарських засобів

Ректор НФаУ, проф.



Олександр КУХТЕНКО

27 листопада 2025 р., м. Харків, Україна