

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка
Природничо-математичний факультет

Кафедра біології та здоров'я людини

Дипломна робота

магістра

на тему: **Скринінг та вакцинація проти вірусу папіломи людини як складові системи громадського здоров'я у профілактиці раку шийки матки**

Виконала:

студентка 6 курсу, 67 групи
напряму підготовки
(спеціальності)

Громадське здоров'я

Скоробагата Ольга Михайлівна

Керівник: к.мед.н., проф.

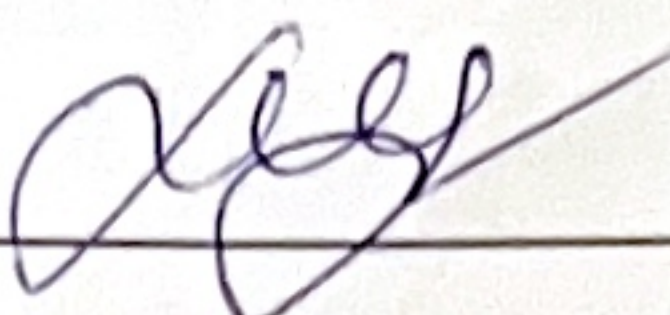
Дейкун Микола Петрович

Рецензент

Чернігів - 2026 року

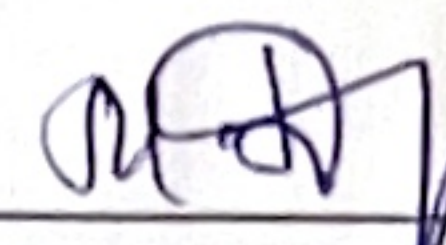
Роботу подано до розгляду « 01 » 06 20 26 року.

Студентка


(підпис)

Скоробатова О.М.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник


(підпис)

Дейкун М.В.
(прізвище та ініціали)

Рецензент

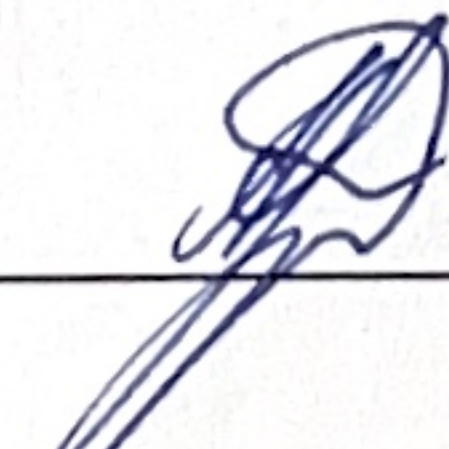

(підпис)

Інченко В.О.
(прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри біології та здоров'я людини протокол № 12 від « 05 06 » 20 26 року.

Студентка допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

В.О. Завідувач кафедри


(підпис)

Імревич О.В.
(прізвище та ініціали)

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Медико-соціальна характеристика раку шийки матки.....	9
1.2. Вірус папіломи людини як основний етіологічний фактор розвитку раку шийки матки.....	11
1.3. Скринінг раку шийки матки у системі громадського здоров'я.....	14
1.4. Вакцинація проти ВПЛ як стратегія первинної профілактики.....	17
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ СКРИНІНГУ ТА ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ВПЛ В УКРАЇНІ.....	21
2.1. Організаційно-правові засади профілактики раку шийки матки в Україні.....	21
2.2. Аналіз охоплення населення скринінговими програмами.....	26
2.3. Оцінка стану вакцинації проти ВПЛ в Україні.....	34
2.4. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду профілактики раку шийки матки.....	42
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ.....	52
3.1. Напрями підвищення ефективності скринінгових програм.....	52
3.2. Заходи щодо підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ.....	61
3.3. Розробка практичних рекомендацій для системи громадського здоров'я.....	69
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80

ВСТУП

Рак шийки матки є однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем у сфері громадського здоров'я, оскільки це захворювання має високий рівень профілактичної керованості. На відміну від багатьох інших злоякісних новоутворень, рак шийки матки у більшості випадків розвивається поступово, через стадії передракових змін, що створює реальні можливості для його раннього виявлення, лікування та попередження. Саме тому профілактика раку шийки матки розглядається не лише як завдання клінічної медицини, а як важливий напрям державної політики у сфері громадського здоров'я. [15; 27; 28; 42]

Основним етіологічним чинником розвитку раку шийки матки є персистуюча інфекція, спричинена вірусом папіломи людини високого онкогенного ризику. Найбільше значення мають ВПЛ 16 та 18 типів, які асоціюються з більшістю випадків цього онкологічного захворювання. Водночас інфікування ВПЛ є поширеним явищем серед сексуально активного населення, а в більшості випадків інфекція може мати безсимптомний перебіг. Це ускладнює своєчасне виявлення ризику та підкреслює необхідність організованого скринінгу й профілактичної вакцинації. [22; 31; 38; 43]

Актуальність обраної теми зумовлена тим, що сучасна система профілактики раку шийки матки повинна поєднувати два ключові напрями: первинну профілактику, тобто вакцинацію проти ВПЛ, та вторинну профілактику, тобто регулярний скринінг для виявлення передракових змін і ранніх стадій захворювання. Вакцинація дозволяє знизити ризик інфікування найбільш небезпечними типами ВПЛ, тоді як скринінг забезпечує своєчасне виявлення патологічних змін у жінок, які вже могли бути інфіковані. [18; 29; 40; 47]

Проблема має особливе значення для України, де профілактика раку шийки матки потребує подальшого організаційного, інформаційного та фінансового посилення. Серед основних викликів можна виокремити недостатнє охоплення жінок регулярними профілактичними оглядами, нерівномірний

доступ до якісного скринінгу, низьку поінформованість населення про ВПЛ-інфекцію, обмежену доступність вакцинації, поширення міфів щодо щеплень, а також вплив соціально-економічних чинників і воєнного стану на доступ до медичних послуг. [10; 33; 46]

Особливої уваги потребує перехід від переважно опортуністичного скринінгу, коли жінка проходить обстеження нерегулярно або за власною ініціативою, до організованої популяційної моделі. Така модель має передбачати визначення цільових вікових груп, системне запрошення жінок на обстеження, електронний облік результатів, контроль якості лабораторної діагностики, своєчасне дообстеження та лікування виявлених передракових станів. [19; 20; 37; 40]

Важливим орієнтиром для України є глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо елімінації раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я. Вона передбачає досягнення цілей 90–70–90: вакцинацію 90% дівчат до 15 років, охоплення 70% жінок високоефективним скринінгом та забезпечення лікування 90% жінок із виявленою патологією. Це свідчить про те, що ефективна профілактика раку шийки матки можлива лише за умови комплексного підходу, який об'єднує медичні, управлінські, освітні та соціальні інструменти. [18; 29]

Таким чином, дослідження скринінгу та вакцинації проти ВПЛ як складових системи громадського здоров'я є актуальним, оскільки воно дозволяє визначити проблемні аспекти профілактики раку шийки матки в Україні та обґрунтувати напрями її удосконалення.

Ступінь наукової розробленості проблеми.

Проблема профілактики раку шийки матки є достатньо широко висвітленою у сучасній науковій літературі. Значний внесок у її вивчення зроблено в межах епідеміології, онкогінекології, вірусології, імунопрофілактики та громадського здоров'я. У наукових працях розглядаються питання ролі ВПЛ у розвитку раку шийки матки, механізми канцерогенезу, ефективність

вакцинації, переваги різних методів скринінгу, а також організаційні моделі профілактичних програм.

У міжнародних рекомендаціях особлива увага приділяється доказовій ефективності ВПЛ-вакцинації та впровадженню організованих скринінгових програм. Досвід країн із високим рівнем охоплення вакцинацією та скринінгом демонструє суттєве зниження захворюваності на передракові стани та рак шийки матки. Водночас науковці наголошують, що ефективність профілактики залежить не лише від наявності вакцин або діагностичних тестів, а й від організації системи: доступності послуг, довіри населення, комунікації ризиків, підготовки медичних працівників і сталого фінансування. [14; 23; 26; 36]

В Україні ця проблема також привертає увагу дослідників, однак низка питань залишається недостатньо вирішеною. Зокрема, потребують подальшого аналізу бар'єри впровадження ВПЛ-вакцинації, рівень поінформованості населення, готовність батьків вакцинувати дітей, доступність скринінгових послуг у різних регіонах, а також можливості інтеграції профілактики раку шийки матки в систему громадського здоров'я.

Отже, попри значну наукову розробленість окремих аспектів проблеми, актуальним залишається комплексне дослідження скринінгу та вакцинації проти ВПЛ як взаємопов'язаних інструментів профілактики раку шийки матки в умовах української системи охорони здоров'я.

Метою випускної роботи є теоретичне обґрунтування та аналіз ролі скринінгу і вакцинації проти вірусу папіломи людини як складових системи громадського здоров'я у профілактиці раку шийки матки, а також визначення напрямів удосконалення профілактичних заходів в Україні.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати рак шийки матки як медико-соціальну проблему громадського здоров'я.
2. Охарактеризувати роль вірусу папіломи людини у розвитку раку шийки матки.
3. Дослідити сучасні підходи до скринінгу та вакцинації проти ВПЛ.

4. Оцінити стан організації профілактики раку шийки матки в Україні.
5. Узагальнити міжнародний досвід профілактики раку шийки матки.
6. Обґрунтувати напрями удосконалення системи скринінгу та вакцинації проти ВПЛ в Україні.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження є система громадського здоров'я у сфері профілактики онкологічних захворювань.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є скринінг раку шийки матки та вакцинація проти вірусу папіломи людини як складові профілактики раку шийки матки в системі громадського здоров'я.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному обґрунтуванні значення скринінгу та вакцинації проти ВПЛ як взаємодоповнювальних складових системи громадського здоров'я у профілактиці раку шийки матки.

У роботі систематизовано сучасні підходи до первинної та вторинної профілактики раку шийки матки, визначено основні бар'єри впровадження ефективних профілактичних заходів в Україні та обґрунтовано необхідність переходу до інтегрованої моделі профілактики. Така модель має поєднувати вакцинацію проти ВПЛ, організований скринінг, цифровий моніторинг, інформаційно-просвітницьку роботу та міжсекторальну взаємодію.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості їх використання для вдосконалення профілактичних програм у сфері громадського здоров'я. Матеріали роботи можуть бути корисними для органів управління охороною здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб, закладів первинної медичної допомоги, закладів освіти, громадських організацій та фахівців громадського здоров'я.

Запропоновані рекомендації можуть бути використані для підвищення рівня охоплення жінок скринінгом, формування прихильності населення до ВПЛ-вакцинації, розробки інформаційних кампаній, удосконалення маршрутизації пацієнток та покращення міжсекторальної взаємодії у профілактиці раку шийки матки.

Випускна кваліфікаційна робота складається з трьох розділів, містить 47 джерел літератури, 28 таблиць та 10 рисунків. Друкований обсяг роботи 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Медико-соціальна характеристика раку шийки матки

Рак шийки матки є одним із найбільш значущих злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи та важливою проблемою громадського здоров'я. Його особливість полягає в тому, що захворювання має добре вивчений основний етіологічний чинник, тривалий період передракових змін і доступні методи профілактики. Саме тому рак шийки матки належить до онкологічних захворювань, значну частину випадків яких можна попередити за умови своєчасної вакцинації, регулярного скринінгу та належної організації медичної допомоги. [15; 27; 28; 42]

З медичної точки зору рак шийки матки розвивається поступово. У більшості випадків йому передують передракові зміни епітелію шийки матки, які можуть існувати протягом кількох років без виражених клінічних проявів. Такий перебіг створює можливості для раннього виявлення патології ще до розвитку інвазивного раку. Водночас без регулярного профілактичного обстеження ці зміни можуть залишатися непоміченими, що підвищує ризик пізньої діагностики. [17; 20; 31]

Соціальна значущість раку шийки матки визначається тим, що захворювання часто уражає жінок репродуктивного та працездатного віку. Це має наслідки не лише для самої пацієнтки, а й для її родини, професійної діяльності, репродуктивних планів і соціальної активності. Лікування пізніх стадій може супроводжуватися втратою фертильності, тривалим періодом реабілітації, психологічними труднощами, зниженням якості життя та потребою в довготривалому медичному спостереженні.

З позицій громадського здоров'я рак шийки матки є індикатором ефективності профілактичної політики держави. У країнах, де впроваджені організовані скринінгові програми та забезпечене високе охоплення

вакцинацією проти вірусу папіломи людини, показники захворюваності й смертності суттєво знижуються. Натомість у країнах або регіонах, де профілактика має фрагментарний характер, рак шийки матки продовжує залишатися серйозним тягарем для системи охорони здоров'я (табл.1.1). [18; 29; 40]

Таблиця 1.1

Медико-соціальні аспекти раку шийки матки

Аспект	Характеристика
Медичний	Злоякісне новоутворення шийки матки, яке часто розвивається через передракові зміни епітелію
Етіологічний	Основним чинником є персистуюча інфекція високоонкогенними типами ВПЛ
Епідеміологічний	Захворювання поширене серед жінок репродуктивного та працездатного віку
Соціальний	Впливає на якість життя, репродуктивне здоров'я, сімейні та професійні ролі жінки
Економічний	Спричиняє витрати на діагностику, лікування, реабілітацію та втрату працездатності
Профілактичний	Значну частину випадків можна попередити за допомогою вакцинації та скринінгу

Епідеміологія раку шийки матки має виражені соціальні відмінності. Вищі показники захворюваності й смертності спостерігаються серед жінок, які мають обмежений доступ до медичних послуг, проживають у віддалених населених пунктах, мають нижчий рівень доходу або недостатню обізнаність щодо профілактики. Це свідчить про те, що проблема раку шийки матки пов'язана не лише з біологічними чинниками, а й із соціальними детермінантами здоров'я. [13; 30; 42]

В Україні актуальність цієї проблеми посилюється нерівномірною доступністю профілактичних послуг, недостатньою регулярністю проходження

жінками профілактичних оглядів, обмеженим використанням ВПЛ-тестування та недостатнім рівнем вакцинації проти ВПЛ. Додатковими викликами є міграція населення, воєнний стан, психологічне навантаження, зниження пріоритетності профілактичних оглядів для частини населення та порушення звичних маршрутів отримання медичної допомоги. [10; 33; 46]

Соціально-економічні наслідки раку шийки матки охоплюють прямі та непрямі втрати. До прямих належать витрати на діагностику, лікування, госпіталізацію, медикаментозне забезпечення, реабілітацію та паліативну допомогу. До непрямих — втрата працездатності, зменшення продуктивності праці, передчасна смертність, потреба в догляді з боку родичів, а також психологічні та соціальні втрати для сім'ї. [30]

Отже, рак шийки матки є не лише клінічною, а й суспільною проблемою. Його профілактика потребує системного підходу, що включає вакцинацію, скринінг, інформаційно-просвітницьку роботу, доступність медичних послуг, підготовку фахівців і належне управління профілактичними програмами.

1.2. Вірус папіломи людини як основний етіологічний фактор розвитку раку шийки матки

Вірус папіломи людини є основним етіологічним фактором розвитку раку шийки матки. ВПЛ належить до поширених вірусних інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом. Існує багато типів ВПЛ, однак не всі вони мають однакове клінічне значення. Залежно від здатності спричиняти злоякісні зміни типи вірусу поділяють на низькоонкогенні та високоонкогенні. [16; 22; 31; 38]

Низькоонкогенні типи, зокрема 6 і 11, найчастіше асоціюються з розвитком аногенітальних кондилом. Високоонкогенні типи, насамперед 16 і 18, мають найбільше значення у розвитку передракових змін і раку шийки матки. Саме персистуюча інфекція високоонкогенними типами ВПЛ є ключовою

умовою формування патологічних змін епітелію шийки матки (рис.1.1). [22; 31; 34; 43]

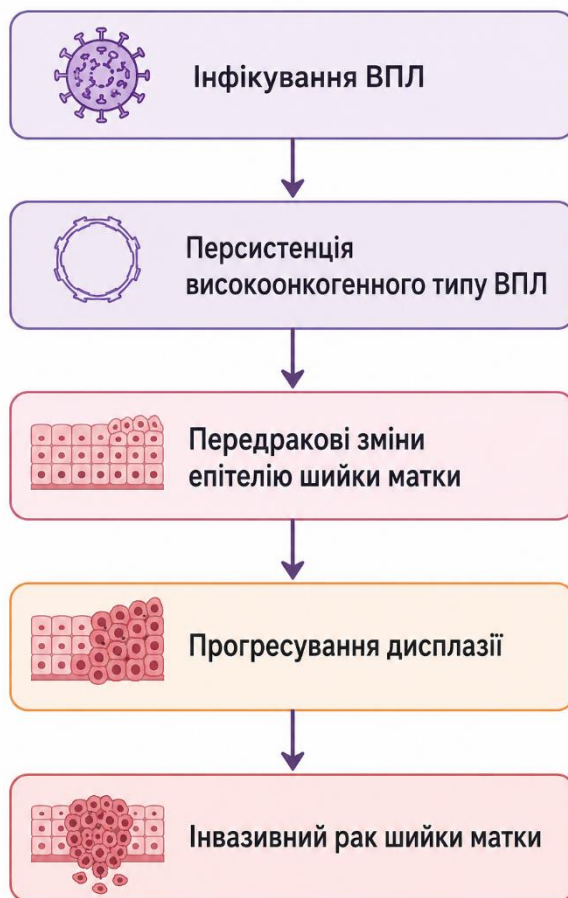


Рис. 1.1. Механізм розвитку раку шийки матки

Наведена схема демонструє, що розвиток раку шийки матки є поступовим процесом. Саме тривалий період між інфікуванням ВПЛ і формуванням інвазивного раку створює можливості для ефективної профілактики за допомогою вакцинації та скринінгу. [17; 31; 43]

Інфікування ВПЛ часто відбувається невдовзі після початку статевого життя. Особливістю цієї інфекції є те, що вона може мати безсимптомний перебіг, тому людина тривалий час не знає про наявність вірусу. У більшості випадків імунна система самостійно елімінує вірус, однак у частини жінок інфекція набуває персистуючого характеру. Саме тривале збереження вірусу в клітинах епітелію створює ризик розвитку передракових станів. [3; 31; 33]

Механізм канцерогенезу при ВПЛ-інфекції пов'язаний із порушенням нормальної регуляції клітинного поділу. Вірусні білки високоонкогенних типів ВПЛ здатні впливати на клітинні механізми контролю росту, сприяти накопиченню генетичних пошкоджень і формуванню атипових клітин. За відсутності своєчасного виявлення ці зміни можуть поступово прогресувати від легкої дисплазії до тяжких передракових станів і надалі до інвазивного раку. [16; 22; 38; 43]

До факторів ризику інфікування ВПЛ та прогресування інфекції належать ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, куріння, імунодефіцитні стани, хронічні запальні процеси, недостатня медична обізнаність і нерегулярне проходження профілактичних оглядів (табл. 1.2). Важливе значення мають також соціальні фактори: рівень освіти, доступність медичних послуг, культура профілактики та довіра до системи охорони здоров'я. [15; 31; 46]

Таблиця 1.2

Основні фактори ризику розвитку раку шийки матки

Група факторів	Приклади
Біологічні	Персистуюча інфекція ВПЛ високого онкогенного ризику, імунодефіцитні стани
Поведінкові	Ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, куріння
Медичні	Наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, хронічні запальні процеси
Соціальні	Низький рівень обізнаності, обмежений доступ до медичних послуг, нерегулярне проходження скринінгу
Організаційні	Відсутність системного запрошення на профілактичні огляди, недостатня доступність ВПЛ-тестування

Знання про роль ВПЛ у розвитку раку шийки матки стало основою для формування сучасної профілактичної стратегії. Якщо раніше основна увага приділялася лише виявленню клітинних змін за допомогою цитологічного скринінгу, то сьогодні профілактика включає також виявлення високоонкогенних типів ВПЛ і вакцинацію проти них. Це дозволяє впливати на проблему ще до розвитку передракових змін. [16; 22; 34; 38]

Таким чином, ВПЛ-інфекція є центральною ланкою у патогенезі раку шийки матки. Її профілактика, своєчасне виявлення та контроль мають важливе значення для зниження захворюваності й смертності.

1.3. Скринінг раку шийки матки у системі громадського здоров'я

Скринінг раку шийки матки є одним із найважливіших інструментів вторинної профілактики. Його мета полягає у виявленні передракових змін або ранніх стадій захворювання серед жінок, які ще не мають симптомів. На відміну від діагностики, що проводиться за наявності скарг, скринінг спрямований на активне виявлення ризику в умовно здоровій популяції. [20; 37; 40; 47]

У системі громадського здоров'я скринінг має розглядатися як організований процес, а не як окрема медична процедура. Його ефективність залежить від правильного визначення цільової групи, регулярності обстеження, якості лабораторної діагностики, інформування жінок про результати, доступності дообстеження та лікування. Якщо хоча б одна з цих ланок не працює, загальна результативність програми знижується. [19; 20; 37]

Традиційним методом скринінгу є цитологічне дослідження мазка з шийки матки, або ПАП-тест. Він дозволяє виявити атипові клітини та передракові зміни. Саме широке застосування цитологічного скринінгу в багатьох країнах стало причиною суттєвого зниження смертності від раку шийки матки. Водночас цей метод потребує якісного забору матеріалу, належної лабораторної підготовки та регулярного повторення. [19; 20; 39; 47]

Сучасним напрямом розвитку скринінгу є ВПЛ-тестування, яке дає змогу виявити високоонкогенні типи вірусу до появи виражених клітинних змін.

Перевагою ВПЛ-тестування є висока чутливість і можливість точнішого визначення жінок із підвищеним ризиком. У багатьох країнах ВПЛ-тест поступово розглядається як основний або пріоритетний метод скринінгу для певних вікових груп (табл. 1.3) [12; 37; 39; 47]

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика основних методів скринінгу раку шийки матки

Метод скринінгу	Сутність методу	Переваги	Обмеження
ПАП-тест	Цитологічне дослідження клітин шийки матки	Доступний, добре вивчений, дозволяє виявляти атипові клітини	Потребує регулярного повторення та якісної лабораторної оцінки
ВПЛ-тест	Виявлення високоонкогенних типів ВПЛ	Висока чутливість, дозволяє визначити ризик до появи виражених клітинних змін	Може бути менш доступним і дорожчим
Ко-тестування	Поєднання ПАП-тесту та ВПЛ-тесту	Підвищує точність оцінки ризику	Потребує більших ресурсів
Візуальна інспекція з оцтовою кислотою	Огляд шийки матки після нанесення оцтової кислоти	Простий і дешевий метод, може застосовуватися за обмежених ресурсів	Нижча точність, залежність від досвіду медичного працівника

Важливо розрізняти опортуністичний та організований скринінг. Опортуністичний скринінг проводиться тоді, коли жінка сама звертається до лікаря або проходить обстеження випадково під час іншого медичного візиту. Такий підхід не забезпечує рівного доступу, оскільки жінки з вищою медичною грамотністю обстежуються частіше, а соціально вразливі групи можуть залишатися поза системою. [19; 20; 40]

Організований скринінг передбачає чітку програму: формування реєстру цільової групи, персональні запрошення, визначені інтервали обстеження, контроль якості, маршрутизацію пацієнток із позитивними результатами та моніторинг ефективності. Такий підхід є більш справедливим і результативним, оскільки дозволяє охопити не лише тих жінок, які самостійно звертаються до лікаря, а й тих, хто з різних причин уникає профілактичних оглядів (табл. 1.4). [19; 20; 37]

Таблиця 1.4

Порівняння опортуністичного та організованого скринінгу

Критерій	Опортуністичний скринінг	Організований скринінг
Ініціатива обстеження	Залежить від звернення жінки або лікаря	Система активно запрошує цільову групу
Охоплення населення	Нерівномірне	Планове та контрольоване
Доступність для вразливих груп	Часто обмежена	Вища за умови належної організації
Контроль якості	Нерегулярний	Передбачений стандартами програми
Подальше спостереження	Може бути фрагментарним	Є маршрутизація та моніторинг

Критерій	Опортуністичний скринінг	Організований скринінг
Ефективність для громадського здоров'я	Обмежена	Вища

Для України проблема скринінгу полягає не лише в доступності тестів, а й в організації процесу. Недостатньо просто запропонувати жінці пройти ПАП-тест або ВПЛ-тест. Необхідно забезпечити повний маршрут: запрошення, обстеження, отримання результату, пояснення його значення, направлення на дообстеження, лікування передракових змін і подальший нагляд. [1; 6; 33]

Отже, скринінг раку шийки матки є ключовою складовою громадського здоров'я. Його ефективність визначається не лише медичною точністю тестів, а й організацією системи, доступністю послуг, довірою населення та спроможністю медичної системи забезпечити безперервний супровід пацієнтки.

1.4. Вакцинація проти ВПЛ як стратегія первинної профілактики

Вакцинація проти вірусу папіломи людини є основним методом первинної профілактики раку шийки матки. Її завдання полягає у запобіганні інфікуванню високоонкогенними типами ВПЛ, які найчастіше спричиняють передракові зміни та рак шийки матки. На відміну від скринінгу, який виявляє вже наявні патологічні зміни або ризик їх розвитку, вакцинація діє на більш ранньому етапі — до зараження вірусом. [14; 23; 34; 36]

Найбільша ефективність вакцинації досягається тоді, коли її проводять до початку статевого життя, тобто до можливого контакту з ВПЛ. Саме тому у багатьох країнах цільовою групою для вакцинації є дівчата підліткового віку. У деяких державах програми вакцинації поширюються також на хлопців, що сприяє зниженню циркуляції вірусу в популяції та профілактиці інших ВПЛ-асоційованих захворювань. [28; 34; 35]

Сучасні вакцини проти ВПЛ поділяють на бівалентні, квад্রивалентні та дев'ятивалентні. Бівалентні вакцини спрямовані переважно проти ВПЛ 16 і 18 типів. Квад্রивалентні додатково охоплюють типи 6 і 11, які пов'язані з аногенітальними кондиломами. Дев'ятивалентні вакцини забезпечують ширший захист, оскільки охоплюють більшу кількість високоонкогенних типів вірусу (табл. 1.5) [33; 34; 35]

Таблиця 1.5

Характеристика вакцин проти ВПЛ

Тип вакцини	Типи ВПЛ, проти яких спрямована дія	Основне профілактичне значення
Бівалентна	16, 18	Профілактика основних високоонкогенних типів ВПЛ
Квад্রивалентна	6, 11, 16, 18	Профілактика раку шийки матки та аногенітальних кондилом
Дев'ятивалентна	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	Розширений захист від більшої кількості онкогенних типів ВПЛ

Ефективність вакцинації проти ВПЛ підтверджена міжнародним досвідом. У країнах із високим рівнем охоплення щепленнями спостерігається зниження поширеності ВПЛ-інфекції, частоти генітальних кондилом, передракових змін шийки матки та перспективно — захворюваності на рак шийки матки. Водночас для досягнення популяційного ефекту важливим є не лише наявність вакцини, а й високий рівень охоплення цільових груп. [14; 23; 26; 36]

Безпечність вакцин проти ВПЛ є важливою умовою довіри населення. На міжнародному рівні ці вакцини визнані ефективними та безпечними. Найчастіше після щеплення можуть спостерігатися місцеві реакції: біль, почервоніння або набряк у місці ін'єкції, іноді короточасна слабкість чи підвищення температури.

Серйозні побічні реакції трапляються рідко, однак потребують належного моніторингу в системі фармаконагляду. [32; 33; 34]

Попри доведену ефективність, вакцинація проти ВПЛ часто стикається з інформаційними та соціальними бар'єрами. До них належать недостатня обізнаність батьків, страх перед побічними реакціями, недовіра до вакцинації, поширення міфів, стигматизація теми статевого здоров'я, а також вартість вакцини. У зв'язку з цим важливою складовою програм вакцинації є комунікація з населенням. [2; 25; 45]

Особливу роль у підвищенні прихильності до вакцинації відіграють медичні працівники. Сімейні лікарі, педіатри, акушери-гінекологи та фахівці громадського здоров'я мають пояснювати зв'язок між ВПЛ і раком шийки матки, надавати достовірну інформацію про ефективність і безпечність вакцин, відповідати на запитання батьків і формувати довіру до профілактичних заходів (рис. 1.2.). [2; 25; 45]



Рис. 1.2. Місце вакцинації та скринінгу в профілактиці раку шийки матки

Важливо підкреслити, що вакцинація не замінює скринінг. Навіть вакциновані жінки повинні проходити профілактичні обстеження відповідно до

чинних рекомендацій, оскільки вакцини не охоплюють абсолютно всі онкогенні типи ВПЛ, а частина жінок може бути вакцинована вже після контакту з вірусом. [18; 29; 34; 40]

Таким чином, вакцинація проти ВПЛ є стратегічним інструментом первинної профілактики раку шийки матки. У поєднанні зі скринінгом вона формує комплексну модель профілактики, яка дає змогу знизити захворюваність, смертність і соціально-економічний тягар цього захворювання.

Висновки до розділу 1

У першому розділі розглянуто теоретичні основи профілактики раку шийки матки в системі громадського здоров'я. Встановлено, що рак шийки матки є значущою медико-соціальною проблемою, яка впливає на репродуктивне здоров'я, працездатність, якість життя жінок і створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я.

Визначено, що основним етіологічним фактором розвитку раку шийки матки є персистуюча інфекція, спричинена високоонкогенними типами вірусу папіломи людини. Це зумовлює необхідність профілактичних заходів, спрямованих як на запобігання інфікуванню, так і на раннє виявлення патологічних змін.

Скринінг раку шийки матки є ключовим методом вторинної профілактики, а вакцинація проти ВПЛ — основним методом первинної профілактики. Найбільш ефективною є модель, яка поєднує обидва підходи та реалізується на рівні організованої системи громадського здоров'я.

Отже, профілактика раку шийки матки в системі громадського здоров'я має багаторівневий характер. Первинна профілактика спрямована на запобігання інфікуванню ВПЛ шляхом вакцинації та просвітницької роботи. Вторинна профілактика забезпечує раннє виявлення передракових змін за допомогою скринінгу. Третинна профілактика охоплює лікування, реабілітацію та подальший нагляд за жінками з виявленою патологією. Найбільш ефективною є інтегрована модель, у якій усі ці рівні пов'язані між собою та підтримуються організаційними механізмами громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ СКРИНІНГУ ТА ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ВПЛ В УКРАЇНІ

2.1. Організаційно-правові засади профілактики раку шийки матки в Україні

Профілактика раку шийки матки в Україні є складовою державної політики у сфері громадського здоров'я, онкологічної допомоги та імунопрофілактики. Її актуальність зумовлена тим, що рак шийки матки належить до злоякісних новоутворень, розвиток яких значною мірою можна попередити. На відміну від багатьох інших онкологічних захворювань, для раку шийки матки чітко визначено основний етіологічний чинник - тривале інфікування онкогенними типами вірусу папіломи людини. Саме тому профілактика цього захворювання ґрунтується на поєднанні первинної профілактики, тобто вакцинації проти ВПЛ, вторинної профілактики у вигляді скринінгу та третинної профілактики, що передбачає своєчасне лікування передракових станів і раку на ранніх стадіях. [7; 8; 9]

В Україні організаційно-правові засади профілактики раку шийки матки формуються на кількох рівнях: законодавчому, стратегічному, галузевому та практичному (табл. 2.6). Законодавчий рівень визначає загальні принципи функціонування системи громадського здоров'я; стратегічний - окреслює довгострокові цілі держави у сфері онкоконтролю та імунізації; галузевий - регламентує клінічні маршрути, стандарти скринінгу і вакцинації; практичний - забезпечує виконання цих рішень на рівні первинної медичної допомоги, закладів акушерсько-гінекологічного профілю, лабораторної служби та центрів контролю і профілактики хвороб. [5; 6; 7; 8; 9]

Таблиця 2.6

Нормативно-правова база профілактики раку шийки матки в Україні

Рівень регулювання	Нормативний документ	Значення для профілактики раку шийки матки
--------------------	----------------------	--

Законодавчий	Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX	Визначає загальні засади профілактики хвороб, моніторингу ризиків і функціонування системи громадського здоров'я
Стратегічний	Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень до 2030 року	Окреслює державні пріоритети щодо профілактики, раннього виявлення, лікування та реабілітації онкопацієнтів
Стратегічний	Стратегія розвитку імунопрофілактики до 2030 року	Визначає імунізацію як ключовий інструмент профілактики вакцинокерованих інфекцій
Галузевий	Наказ МОЗ № 396 від 05.03.2025	Включає вакцинацію проти ВПЛ до Національного календаря профілактичних щеплень з 2026 року
Галузевий	Наказ МОЗ № 1057 від 18.06.2024	Оновлює стандарти скринінгу раку шийки матки та ведення пацієнток з аномальними результатами
Галузевий	Наказ МОЗ № 1368 від 05.08.2024	Визначає порядок скринінгу, ранньої діагностики та моніторингу пацієнток із груп ризику

Основою сучасного підходу є Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX від 06.09.2022. Він визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні. У контексті профілактики раку шийки матки значення цього закону

полягає в тому, що він закріплює профілактичну спрямованість охорони здоров'я, необхідність моніторингу ризиків, міжсекторальної взаємодії та проведення заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення. [7]

Важливим стратегічним документом є Національна стратегія контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 730-р. У ній визначено ключові проблеми онкологічної допомоги в Україні: недостатній рівень обізнаності населення щодо профілактики, значну поширеність факторів ризику, пізню діагностику, недостатній доступ до своєчасної медичної допомоги та потребу у підвищенні якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Для профілактики раку шийки матки ця стратегія має особливе значення, оскільки вона переводить питання раннього виявлення та профілактики з рівня окремих медичних втручань на рівень державної політики. [8]

Окреме місце посідає Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.06.2023 № 562-р. У цьому документі імунопрофілактика розглядається як один із найбільш ефективних і економічно обґрунтованих заходів громадського здоров'я. Це створило передумови для подальшого включення вакцинації проти ВПЛ до Національного календаря профілактичних щеплень. [9]

Особливо важливою зміною стало прийняття наказу МОЗ України від 05.03.2025 № 396, який передбачив оновлення Календаря профілактичних щеплень. Документ набрав чинності 01.01.2026. Відповідно до нього, вакцинація проти ВПЛ була включена до календаря для дівчат віком 12-13 років. Це є принциповим кроком, оскільки до цього часу ВПЛ-вакцинація в Україні переважно залишалася рекомендованою і часто залежала від фінансових можливостей родини або місцевих програм. Включення до календаря означає,

що профілактика ВПЛ-асоційованого раку поступово набуває ознак системної державної програми. [5]

Нормативне регулювання скринінгу також зазнало оновлення. У 2024 році в Україні були переглянуті галузеві стандарти скринінгу раку шийки матки. Наказ МОЗ України № 1057 від 18.06.2024 затвердив сучасні підходи до скринінгу та ведення пацієнток з аномальними результатами. Згідно з повідомленням Державного експертного центру МОЗ, оновлені рекомендації передбачають перехід до первинного тестування на ВПЛ як пріоритетної стратегії, початок скринінгу з 25 років, а також використання цитологічного дослідження або ко-тестування як перехідних варіантів у разі недоступності первинного ВПЛ-тестування. Крім того, наказ МОЗ № 1368 від 05.08.2024 затвердив порядок скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієнток із груп ризику. [1; 6]

Організаційна модель профілактики раку шийки матки в Україні може бути представлена як поєднання трьох взаємопов'язаних блоків: первинна профілактика, вторинна профілактика та третинна профілактика (табл. 2.7). [18; 29; 40]

Таблиця 2.7

Організаційна модель профілактики раку шийки матки в Україні

Напрямок профілактики	Основний зміст	Цільова група	Очікуваний результат
Первинна профілактика	Вакцинація проти ВПЛ	Дівчата 12-13 років; у перспективі - ширші вікові та гендерні групи	Зменшення поширеності онкогенних типів ВПЛ
Вторинна профілактика	Скринінг, ВПЛ-тестування, цитологія	Жінки репродуктивного та старшого віку відповідно до рекомендацій	Виявлення передракових змін до розвитку інвазивного раку

Третинна профілактика	Лікування передракових станів і ранніх форм раку	Жінки з позитивними або аномальними результатами скринінгу	Зниження смертності та попередження прогресування хвороби
-----------------------	--	--	---

Роль системи громадського здоров'я в цій моделі є координуючою. Вона не обмежується лише інформуванням населення або збором статистики. Система громадського здоров'я має забезпечувати епідеміологічний нагляд, аналіз охоплення вакцинацією і скринінгом, оцінку регіональних відмінностей, планування комунікаційних кампаній, підготовку медичних працівників і взаємодію з освітнім сектором, місцевим самоврядуванням та громадськими організаціями. Схематично це представлено на рис. 2.3. [7]



Рис. 2.3. Роль системи громадського здоров'я в організаційно-правових засадах профілактики раку шийки матки в Україні

Таким чином, профілактика раку шийки матки в Україні поступово переходить від фрагментарної моделі до більш системного підходу, що відповідає міжнародним рекомендаціям. Водночас наявність нормативно-правової бази ще не гарантує досягнення цілей громадського здоров'я. Ефективність цієї системи залежить від практичного впровадження: стабільного фінансування, доступності ВПЛ-вакцини, лабораторної спроможності для якісного тестування, створення реєстрів, активного запрошення жінок на скринінг і забезпечення подальшого маршруту пацієнток із позитивними результатами. [7; 8; 9]

Отже, організаційно-правові засади профілактики раку шийки матки в Україні можна оцінити як такі, що перебувають у фазі активного оновлення. Прийняття стратегічних документів, оновлення стандартів скринінгу та включення ВПЛ-вакцинації до календаря щеплень є важливими кроками. Однак наступним етапом має стати забезпечення реального охоплення населення профілактичними послугами, подолання регіональної нерівності та формування сталої довіри до профілактики як до невід'ємної частини системи громадського здоров'я.

2.2. Аналіз охоплення населення скринінговими програмами

Скринінг раку шийки матки є одним із ключових інструментів вторинної профілактики, оскільки дає змогу виявляти передракові зміни епітелію шийки матки до розвитку інвазивного раку. На відміну від діагностичного обстеження, яке проводиться за наявності скарг або клінічних симптомів, скринінг орієнтований на практично здорове населення певної вікової групи. Саме тому його ефективність визначається не лише якістю лабораторного тесту, а й рівнем організації всієї програми: формуванням цільової групи, активним запрошенням жінок, регулярністю обстежень, контролем якості лабораторій, своєчасним дообстеженням і лікуванням виявлених передракових станів. [19; 20; 40; 47]

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, скринінг раку шийки матки має бути складовою комплексної профілактичної стратегії разом із

вакцинацією проти вірусу папіломи людини та лікуванням передракових уражень. Глобальна стратегія ВООЗ з елімінації раку шийки матки передбачає, що до 2030 року 70% жінок мають пройти скринінг високоефективним тестом до 35 років і повторно до 45 років. Цей показник є важливим орієнтиром для України, оскільки дозволяє оцінювати не лише наявність скринінгових послуг, а й реальний рівень охоплення населення. [40; 47]

В Україні скринінг раку шийки матки тривалий час мав переважно опортуністичний характер. Це означає, що обстеження здебільшого проводилося під час звернення жінки до лікаря, а не в межах централізованої організованої програми з персональними запрошеннями, реєстрами та контролем подальшого маршруту пацієнтки. Така модель має обмежену ефективність, оскільки охоплює передусім тих жінок, які вже мають контакт із системою охорони здоров'я, тоді як соціально вразливі групи, жінки з віддалених територій, внутрішньо переміщені особи або жінки з низьким рівнем медичної грамотності можуть залишатися поза профілактичними оглядами. [41]

Оновлення нормативної бази у 2024 році створило передумови для переходу до більш системної моделі скринінгу. Зокрема, наказ МОЗ України № 1057 від 18.06.2024 затвердив сучасні галузеві стандарти скринінгу раку шийки матки та ведення пацієнток з аномальними результатами. В оновлених підходах пріоритет надається первинному тестуванню на ВПЛ, оскільки воно має вищу чутливість щодо виявлення ризику розвитку передракових змін порівняно з традиційною цитологією. Додатково наказ МОЗ України № 1368 від 05.08.2024 визначив порядок скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієнток із груп ризику. [1; 6]

Організаційно скринінг раку шийки матки можна розглядати як послідовний процес, у якому кожен етап впливає на кінцевий результат. Основні етапи скринінгової програми раку шийки матки та проблеми їх реалізації в Україні наведено в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Основні етапи скринінгової програми раку шийки матки та потенційні проблеми їх реалізації в Україні

Етап скринінгової програми	Зміст етапу	Потенційні проблеми в Україні
Формування цільової групи	Визначення жінок, які підлягають обстеженню за віком і факторами ризику	Відсутність повноцінного персоніфікованого реєстру скринінгу
Запрошення на скринінг	Інформування жінок про потребу пройти обстеження	Пасивна модель звернення, низька обізнаність населення
Проведення тесту	ВПЛ-тестування, цитологічне дослідження або ко-тестування	Нерівномірна доступність лабораторій і сучасних методів
Повідомлення результату	Надання пацієнтці зрозумілої інформації про результат	Недостатня комунікація між лабораторією, лікарем і пацієнткою
Дообстеження	Кольпоскопія, біопсія, додаткові дослідження за показаннями	Черги, географічна віддаленість, фінансові та логістичні бар'єри
Лікування та спостереження	Лікування передракових станів, контрольні візити	Втрата пацієнток на етапі подальшого маршруту

Як видно з табл. 2.7, ефективність скринінгу залежить не лише від проведення тесту, а й від повного організаційного циклу - від формування цільової групи до подальшого спостереження пацієнтки. Якщо хоча б один із цих етапів функціонує недостатньо ефективно, профілактичний потенціал скринінгу знижується.

Дані дослідження STEPS 2019 року свідчать, що охоплення жінок скринінгом в Україні залишається недостатнім. За результатами цього дослідження, 53,1% жінок віком 18-69 років хоча б один раз у житті проходили тест на рак шийки матки. Водночас сам факт проходження тесту хоча б раз у житті не є достатнім показником ефективності скринінгу, оскільки профілактичне значення має саме регулярність обстежень відповідно до рекомендованого інтервалу. [41]

Серед жінок, які коли-небудь проходили скринінг, 32,3% робили тест протягом останнього року, 24,7% - від одного до двох років тому, 15,2% - від трьох до п'яти років тому, а 26,0% - понад п'ять років тому (табл. 2.8). Отже, значна частина жінок проходить обстеження нерегулярно, що знижує можливості раннього виявлення передракових змін. [41]

Таблиця 2.8

Охоплення жінок скринінгом раку шийки матки в Україні за даними дослідження STEPS 2019 року

Показник за даними STEPS 2019	Значення
Жінки 18-69 років, які хоча б раз проходили тест на рак шийки матки	53,1%
Проходили тест протягом останнього року серед тих, хто коли-небудь тестувався	32,3%
Проходили тест 1-2 роки тому	24,7%
Проходили тест 3-5 років тому	15,2%
Проходили тест понад 5 років тому	26,0%

Дані, наведені в табл. 2.8, демонструють, що проблема полягає не лише у частці жінок, які ніколи не проходили скринінг, а й у недостатній регулярності повторних обстежень. У контексті громадського здоров'я це означає, що скринінгова система має не тільки забезпечити доступ до тесту, а й створити механізм нагадування, повторного запрошення та контролю за дотриманням інтервалів.

Доступність скринінгу в Україні має кілька вимірів: територіальний, фінансовий, інформаційний та організаційний. Територіальна доступність залежить від місця проживання жінки, наявності поблизу закладу охорони здоров'я, лабораторії, фахівця з акушерства і гінекології або можливості отримати направлення через первинну медичну допомогу. Для жінок із сільських територій або громад, віддалених від спеціалізованих закладів, навіть відносно проста процедура може бути пов'язана з витратами часу, транспортними труднощами та додатковими фінансовими витратами.

Фінансова доступність також має значення. Хоча окремі послуги можуть бути доступні в межах державних гарантій або місцевих програм, на практиці жінки часто звертаються до приватних лабораторій чи клінік, особливо якщо йдеться про ВПЛ-тестування. Це створює нерівність між тими, хто може оплатити сучасне обстеження, і тими, хто залежить виключно від доступності послуг у державному або комунальному секторі.

Інформаційна доступність є одним із найбільш суттєвих чинників. За даними STEPS 2019 року, серед жінок, які не проходили скринінг, 48,7% назвали причиною недостатні знання про процедуру або про те, де її можна пройти. Це свідчить, що майже половина жінок, які не були охоплені скринінгом, не мали достатньої інформації для прийняття рішення. Таким чином, низький рівень охоплення не можна пояснювати лише небажанням населення; значною мірою він є наслідком недостатньої комунікації з боку системи охорони здоров'я. [41]

Інші причини непроходження скринінгу також демонструють комплексність проблеми. Частина жінок вказувала на нестачу часу, віддаленість медичного закладу, страх перед процедурою або психологічну нерішучість, пов'язану зі стигмою чи небажанням обговорювати інтимне здоров'я. Основні причини непроходження скринінгу наведено в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Причини непроходження скринінгу раку шийки матки серед жінок в Україні за даними STEPS 2019 року

Причина непроходження скринінгу	Частка серед жінок, які не проходили скринінг
Недостатньо знань про процедуру або місце її проходження	48,7%
Нестача часу	26,5%
Віддаленість клініки	7,8%
Страх перед процедурою	9,2%
Нерішучість, стигма або небажання розкривати інформацію	7,8%

Як видно з табл. 2.9, провідним бар'єром є недостатня поінформованість. Це свідчить про необхідність посилення просвітницької роботи, особливо на рівні первинної медичної допомоги, закладів освіти, громад і місцевих центрів контролю та профілактики хвороб.

Рівень поінформованості населення безпосередньо впливає на ефективність раннього виявлення патології. Якщо жінка не розуміє, що рак шийки матки може тривалий час розвиватися безсимптомно, вона може відкладати профілактичний огляд до появи скарг. Однак поява симптомів часто свідчить уже не про передраковий стан, а про більш виражений патологічний процес. Саме тому інформаційні кампанії мають акцентувати увагу на тому, що скринінг потрібен не через наявність симптомів, а для їх попередження.

Важливим показником якості скринінгу є не лише первинне проходження тесту, а й подальше дообстеження після аномального результату. За даними STEPS 2019 року, серед жінок із позитивним, аномальним або невизначеним результатом 75,6% мали наступний контрольний візит, тоді як 19,3% такого візиту не мали. Це означає, що майже кожна п'ята жінка з потенційно проблемним результатом могла не отримати належного подальшого супроводу. Для системи громадського здоров'я це є критичним недоліком, оскільки скринінг без подальшого дообстеження та лікування не досягає своєї профілактичної мети. [41]

Наочна модель ефективного скринінгового циклу представлена на рис. 2.4.



Рис. 2.4. Модель ефективного скринінгового циклу

Як показано на рис. 2.4, скринінг є не одноразовою процедурою, а послідовним циклом дій. Його результативність залежить від того, чи проходить пацієнтка всі необхідні етапи - від первинного запрошення до контрольного спостереження після отримання результатів.

Проблеми раннього виявлення патології шийки матки в Україні пов'язані також із загальним навантаженням на систему охорони здоров'я. Пандемія COVID-19, повномасштабна війна, внутрішня міграція населення, руйнування медичної інфраструктури в окремих регіонах і зміна пріоритетів у зверненнях пацієнтів негативно вплинули на регулярність профілактичних оглядів. Для багатьох жінок питання профілактики відійшло на другий план порівняно з безпековими, соціальними та економічними потребами.

Дані Національного канцер-реєстру України підтверджують, що рак шийки матки залишається актуальною медико-соціальною проблемою. За

інформацією, наведеною з посиланням на Національний канцер-реєстр, у 2023 році в Україні було зареєстровано 2962 нові випадки раку шийки матки. Наявність майже трьох тисяч нових випадків за рік свідчить про те, що профілактичний потенціал скринінгу ще не реалізований повною мірою. [10; 11]

З позиції громадського здоров'я основними проблемами скринінгу раку шийки матки в Україні є переважання опортуністичної моделі, недостатня поінформованість населення, нерівномірна доступність ВПЛ-тестування, відсутність повного циклу супроводу пацієнток після аномальних результатів, недостатня інтеграція скринінгу з первинною медичною допомогою, а також негативний вплив війни та міграції населення. Узагальнення цих проблем наведено в табл. 2.10.

Таблиця 2.10

Основні проблеми скринінгу раку шийки матки в Україні та їх наслідки для системи профілактики

Проблема	Наслідок для системи профілактики
Переважання опортуністичного скринінгу	Частина жінок цільового віку не отримує запрошення і не проходить обстеження
Недостатня поінформованість населення	Жінки не знають, коли, де і навіщо проходити скринінг
Нерівномірна доступність ВПЛ-тестування	Сучасні методи частіше доступні у великих містах або приватному секторі
Відсутність повного циклу супроводу	Частина пацієнток після аномального результату не проходить дообстеження
Недостатня інтеграція з первинною медичною допомогою	Сімейний лікар не завжди активно залучений до запрошення і мотивації жінок
Вплив війни та міграції	Порушення регулярності профілактичних оглядів і втрати контакту з пацієнтками

Дані табл. 2.10 свідчать, що проблеми скринінгу мають не лише медичний, а й організаційний, соціальний та комунікаційний характер. Тому їх вирішення потребує міжсекторального підходу, участі системи громадського здоров'я, первинної медичної допомоги, місцевого самоврядування та громадських організацій.

Таким чином, аналіз охоплення населення скринінговими програмами показує, що Україна має нормативні передумови для модернізації скринінгу раку шийки матки, проте практична реалізація залишається нерівномірною. Найбільш вразливими елементами є низька регулярність обстежень, недостатня поінформованість жінок, відсутність повноцінної системи персональних запрошень і ризик втрати пацієнток після аномального результату.

Для підвищення ефективності скринінгу доцільно посилити роль первинної медичної допомоги, запровадити електронні реєстри цільових груп, використовувати SMS-нагадування або повідомлення через електронну систему охорони здоров'я, розширити доступ до ВПЛ-тестування, забезпечити якісний лабораторний контроль та організувати зрозумілий маршрут пацієнтки після позитивного результату. Лише за умови переходу від епізодичних профілактичних оглядів до організованої популяційної програми скринінг зможе суттєво вплинути на зниження захворюваності та смертності від раку шийки матки.

2.3. Оцінка стану вакцинації проти ВПЛ в Україні

Вакцинація проти вірусу папіломи людини є ключовим напрямом первинної профілактики раку шийки матки. Її значення зумовлене тим, що тривала персистенція онкогенних типів ВПЛ є основним етіологічним чинником розвитку передракових змін і раку шийки матки. На відміну від скринінгу, який спрямований на виявлення вже наявних патологічних змін, вакцинація має профілактичний характер і дає змогу знизити ризик інфікування найбільш небезпечними типами ВПЛ ще до початку статевого життя. [14; 23; 34; 36]

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає вакцинацію проти ВПЛ як один із трьох базових компонентів глобальної стратегії елімінації раку шийки матки поряд зі скринінгом і лікуванням передракових станів. Відповідно до цілей ВООЗ до 2030 року, 90% дівчат мають бути повністю вакциновані проти ВПЛ до досягнення 15-річного віку. Для України цей показник є важливим стратегічним орієнтиром, оскільки впровадження вакцинації проти ВПЛ у національну систему імунопрофілактики розпочалося лише нещодавно. [18; 29; 34]

До 2026 року вакцинація проти ВПЛ в Україні переважно мала рекомендований характер і не входила до Національного календаря профілактичних щеплень як безоплатна календарна вакцинація. Це суттєво обмежувало її доступність, оскільки щеплення залежало від фінансових можливостей родини, поінформованості батьків, позиції лікаря та наявності місцевих програм підтримки. У такій моделі вакцинація була доступнішою для населення великих міст і родин з вищим рівнем доходу, тоді як значна частина підлітків залишалася поза профілактичним захистом. [5; 45]

Важливим етапом стало внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.03.2025 № 396. З 1 січня 2026 року вакцинацію проти ВПЛ включено до Національного календаря профілактичних щеплень для дівчат віком 12-13 років. За інформацією ВООЗ, Україна вперше запровадила односторову вакцинацію проти ВПЛ для дівчат цієї вікової групи в межах національної програми імунізації. Це рішення має принципове значення, оскільки переводить профілактику ВПЛ-асоційованих онкологічних захворювань із площини індивідуального вибору та платної послуги у сферу державної політики громадського здоров'я. [5; 45]

Основні характеристики впровадження вакцинації проти ВПЛ в Україні наведено в табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Основні характеристики вакцинації проти ВПЛ в Україні з 2026 року

Ознака	Характеристика
--------	----------------

Початок безоплатної календарної вакцинації	1 січня 2026 року
Нормативна підстава	Наказ МОЗ України від 05.03.2025 № 396
Цільова група	Дівчата віком 12-13 років
Схема вакцинації	Одна доза
Тип вакцини	9-валентна вакцина проти ВПЛ
Рівень реалізації	Національний календар профілактичних щеплень
Профілактична мета	Зниження ризику інфікування онкогенними типами ВПЛ і профілактика ВПЛ-асоційованих онкологічних захворювань

Як видно з табл. 2.11, Україна обрала модель ранньої підліткової вакцинації, що відповідає міжнародним підходам до профілактики ВПЛ-інфекції. Саме вік 12-13 років є доцільним з позиції громадського здоров'я, оскільки вакцинація має найвищу профілактичну цінність до ймовірного контакту з вірусом. [34; 35; 45]

Рівень вакцинального охоплення проти ВПЛ в Україні наразі перебуває на початковому етапі формування, оскільки загальнонаціональна програма стартувала лише у 2026 році. За даними ВООЗ, станом на 1 березня 2026 року, тобто майже через два місяці після запровадження вакцинації, щеплення отримали близько 47 500 дівчат, що становило приблизно 11% від запланованої когорти першого року. При цьому заявленою метою є охоплення приблизно половини всіх дівчат, які підлягають вакцинації, до кінця 2026 року. [45]

Дані щодо початкового охоплення вакцинацією проти ВПЛ наведено в табл. 2.12.

Таблиця 2.12

Початкові показники охоплення вакцинацією проти ВПЛ в Україні у 2026 році

Показник	Значення
----------	----------

Дата початку календарної вакцинації	01.01.2026
Кількість вакцинованих дівчат станом на 01.03.2026	близько 47 500
Частка від запланованої когорти першого року	близько 11%
Орієнтовна мета до кінця 2026 року	близько 50% цільової когорти

Дані табл. 2.12 свідчать, що програма ВПЛ-вакцинації в Україні має позитивний старт, однак її подальша ефективність залежатиме від здатності системи охорони здоров'я забезпечити стабільне охоплення цільової групи. Для досягнення цільових показників необхідні не лише закупівля вакцини і наявність пунктів щеплення, а й активна комунікація з батьками, залучення сімейних лікарів, педіатрів, закладів освіти та місцевих центрів контролю і профілактики хвороб. [45]

Організаційна модель вакцинації проти ВПЛ має включати кілька взаємопов'язаних етапів: визначення цільової групи, інформування батьків, запрошення на щеплення, проведення вакцинації, внесення даних до електронної системи охорони здоров'я та моніторинг охоплення. Якщо хоча б один із цих етапів реалізується неповно, виникає ризик недоохоплення частини дівчат, особливо в сільських громадах, серед внутрішньо переміщених осіб або родин, які рідко звертаються до медичних закладів.



Рис. 2.5. Організаційна модель впровадження вакцинації проти ВПЛ

Як показано на рис. 2.5, вакцинація проти ВПЛ є не лише медичною процедурою, а й організаційним процесом, що потребує належної координації між різними ланками системи охорони здоров'я. Особливе значення має первинна медична допомога, оскільки саме сімейний лікар або педіатр часто є основним джерелом інформації для батьків щодо щеплень.

Попри нормативне включення ВПЛ-вакцинації до календаря, її впровадження супроводжується низкою бар'єрів. Їх можна поділити на інформаційні, організаційні, фінансово-логістичні, соціокультурні та пов'язані з довірою до вакцинації. Узагальнення основних бар'єрів наведено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Основні бар'єри впровадження вакцинації проти ВПЛ в Україні

Група бар'єрів	Зміст проблеми	Потенційний наслідок
----------------	----------------	----------------------

Інформаційні	Низька обізнаність батьків про зв'язок ВПЛ із раком шийки матки	Відкладання або відмова від вакцинації
Соціокультурні	Стигматизація теми ВПЛ через асоціацію з інфекціями, що передаються статевим шляхом	Небажання батьків обговорювати вакцинацію дітей
Організаційні	Недостатньо активна система запрошень і нагадувань	Частина цільової групи не доходить до пункту щеплення
Логістичні	Вплив війни, міграції, руйнування інфраструктури, нерівномірність доступу в регіонах	Територіальна нерівність охоплення
Комунікаційні	Недостатня підготовка медичних працівників до консультування щодо ВПЛ	Невпевнені або неповні рекомендації для батьків
Психологічні	Страх побічних реакцій, недовіра до нової вакцини в календарі	Формування вакцинальної нерішучості

Дані табл. 2.13 свідчать, що бар'єри вакцинації проти ВПЛ мають комплексний характер. Вони не обмежуються лише доступністю вакцини, а включають поведінкові, комунікаційні та соціальні чинники. Особливу складність становить те, що вакцинація проти ВПЛ стосується підлітків, а рішення про щеплення здебільшого ухвалюють батьки або законні представники. Тому ефективна комунікація має бути спрямована не лише на дітей, а й на дорослих, які приймають рішення. [2; 25; 45]

Ставлення населення до щеплень є одним із визначальних чинників успішності ВПЛ-вакцинації. В Україні, як і в багатьох інших країнах, вакцинальна нерішучість може бути пов'язана зі страхом побічних реакцій, недовірою до державних програм, впливом дезінформації, недостатнім

розумінням профілактичної користі вакцинації та слабкою комунікацією з боку медичних працівників. Окремі дослідження ставлення населення України до вакцинації загалом вказують, що серед причин відмови або сумнівів важливе місце посідають побоювання щодо ускладнень і безпечності вакцин. [2]

Для ВПЛ-вакцинації ці бар'єри можуть бути ще виразнішими, оскільки населення часто недостатньо обізнане про сам вірус папіломи людини, його поширеність і зв'язок із розвитком злоякісних новоутворень. Крім того, тема ВПЛ може сприйматися як чутлива через зв'язок із сексуальним шляхом передачі інфекції. Унаслідок цього частина батьків може помилково вважати вакцинацію передчасною або непотрібною для дитини 12-13 років. З позиції громадського здоров'я важливо змінювати фокус комунікації: вакцинація проти ВПЛ має подаватися не як питання сексуальної поведінки, а як профілактика майбутнього онкологічного ризику.

Дослідження, присвячене обізнаності та клінічній практиці українських медичних працівників щодо ВПЛ і вакцинації, підкреслює, що низький рівень поінформованості населення, обмежений час на консультацію та недостатність інформаційних матеріалів можуть ускладнювати ефективне консультування пацієнтів. Це свідчить про потребу у підготовці медичних працівників, створенні стандартизованих комунікаційних матеріалів і впровадженні простих алгоритмів консультування батьків. [25]

Основні напрями формування позитивного ставлення до вакцинації проти ВПЛ наведено в табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Напрями підвищення прийнятності вакцинації проти ВПЛ серед населення

Напрямок роботи	Зміст заходів	Очікуваний результат
Просвітницька комунікація	Пояснення зв'язку між ВПЛ і раком шийки матки	Зростання розуміння профілактичної цінності щеплення

Консультавання батьків	Індивідуальні рекомендації сімейного лікаря або педіатра	Підвищення довіри до вакцинації
Підготовка медичних працівників	Навчання щодо безпечності, ефективності та показань до ВПЛ-вакцинації	Єдині та доказові повідомлення для населення
Залучення закладів освіти	Інформування батьків через школи та громади	Краще охоплення цільової вікової групи
Протидія дезінформації	Спростування міфів про безпліддя, небезпечність або «непотрібність» вакцини	Зниження вакцинальної нерішучості
Моніторинг охоплення	Аналіз даних за регіонами та групами населення	Виявлення територій із низьким рівнем вакцинації

Як видно з табл. 2.14, підвищення охоплення ВПЛ-вакцинацією потребує не лише медичного, а й комунікаційного підходу. Найбільш ефективною є модель, за якої батьки отримують чітке, коротке і впевнене повідомлення від медичного працівника: вакцинація є безоплатною, рекомендованою у визначеному віці та спрямованою на профілактику онкологічних захворювань.

Важливим чинником є також довіра до первинної медичної допомоги. Якщо сімейний лікар активно запрошує на вакцинацію, пояснює її мету і відповідає на запитання батьків, імовірність згоди на щеплення зростає. Натомість пасивна позиція медичного працівника або відсутність чіткої рекомендації може посилювати сумніви. Тому комунікація щодо ВПЛ-вакцинації має бути не разовою інформаційною кампанією, а постійною частиною профілактичної роботи з підлітками та їхніми родинами.

Окремої уваги потребує питання рівності доступу. В умовах війни частина дітей змінила місце проживання, частина перебуває за кордоном, а окремі громади мають обмежений доступ до медичної інфраструктури. Це створює ризик нерівномірного охоплення вакцинацією між регіонами. Для мінімізації

такого ризику доцільно використовувати електронні реєстри, мобільні вакцинальні бригади, співпрацю з громадами та закладами освіти, а також індивідуальні нагадування батькам.

З позиції громадського здоров'я впровадження ВПЛ-вакцинації в Україні має кілька очікуваних довгострокових ефектів. По-перше, воно може зменшити поширеність онкогенних типів ВПЛ серед майбутніх поколінь. По-друге, за умови поєднання з організованим скринінгом це сприятиме зниженню захворюваності на рак шийки матки. По-третє, програма ВПЛ-вакцинації може стати важливим прикладом переходу від лікувально орієнтованої моделі охорони здоров'я до профілактичної.

Таким чином, стан вакцинації проти ВПЛ в Україні можна охарактеризувати як перехідний: від етапу обмеженої рекомендованої вакцинації до формування національної календарної програми. Включення ВПЛ-вакцини до Календаря профілактичних щеплень з 2026 року є значним досягненням у сфері профілактики раку шийки матки. Водночас успішність програми залежатиме від рівня охоплення цільової групи, якості комунікації з батьками, готовності медичних працівників консультувати щодо ВПЛ, стабільності постачання вакцин і здатності системи громадського здоров'я моніторити регіональні відмінності. Для досягнення цілей ВООЗ Україна має не лише запровадити вакцинацію, а й забезпечити її сталість, прийнятність і рівний доступ для всіх дівчат цільового віку.

2.4. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду профілактики раку шийки матки

Міжнародний досвід профілактики раку шийки матки має важливе значення для України, оскільки це захворювання належить до тих онкологічних патологій, щодо яких уже існують ефективні інструменти попередження. Світова практика доводить, що найбільший вплив на зниження захворюваності та смертності має не окреме застосування вакцинації або скринінгу, а їх поєднання в межах організованої системи громадського здоров'я. Саме тому провідні

міжнародні підходи базуються на трьох взаємопов'язаних напрямках: вакцинації проти вірусу папіломи людини, регулярному скринінгу жінок цільових вікових груп і своєчасному лікуванні передракових станів та інвазивного раку. [18; 24; 29; 44]

Ключовим міжнародним документом у цій сфері є Глобальна стратегія ВООЗ щодо прискорення елімінації раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я. У ній визначено, що країни мають досягти цілей 90-70-90 до 2030 року: 90% дівчат повинні бути повністю вакциновані проти ВПЛ до 15 років; 70% жінок мають пройти скринінг високоефективним тестом до 35 років і повторно до 45 років; 90% жінок із передраковими станами або інвазивним раком мають отримати відповідне лікування. Ці цілі стали універсальним орієнтиром для національних програм профілактики раку шийки матки. [18; 29]

Основні компоненти стратегії ВООЗ наведено в табл. 2.15.

Таблиця 2.15

Цільові показники ВООЗ 90-70-90 щодо елімінації раку шийки матки до 2030 року

Компонент стратегії	Цільовий показник	Очікуване значення для профілактики
Вакцинація проти ВПЛ	90% дівчат вакциновані до 15 років	Зменшення поширеності онкогенних типів ВПЛ серед майбутніх поколінь
Скринінг	70% жінок пройшли скринінг до 35 років і повторно до 45 років	Виявлення передракових змін до розвитку інвазивного раку
Лікування	90% жінок із передраковими станами або раком отримали лікування	Зниження смертності та попередження прогресування захворювання

Як видно з табл. 2.15, стратегія ВООЗ передбачає комплексний підхід, у якому вакцинація, скринінг і лікування не розглядаються ізольовано. Недостатня ефективність хоча б одного з цих компонентів знижує загальний результат програми. Наприклад, високе охоплення скринінгом без належного лікування аномальних результатів не забезпечить очікуваного зниження смертності, а вакцинація підлітків не скасовує потреби у скринінгу дорослих жінок.

Важливим є також оновлений підхід ВООЗ до схем вакцинації проти ВПЛ. У позиційному документі ВООЗ щодо вакцин проти ВПЛ, опублікованому у 2022 році, зазначено можливість використання однодозової схеми для окремих вікових груп як ефективного підходу до профілактики ВПЛ-асоційованих захворювань. Для країн із обмеженими ресурсами це має особливе значення, оскільки спрощення схеми вакцинації полегшує логістику, знижує ймовірність незавершеного курсу та дає змогу швидше охопити більшу кількість підлітків. [34]

Досвід країн Європи демонструє, що ефективна профілактика раку шийки матки потребує організованих державних програм, стабільного фінансування і системного моніторингу. У країнах Європейського Союзу профілактика раку шийки матки розвивається в межах ширшої політики боротьби з онкологічними захворюваннями, зокрема Європейського плану боротьби з раком. Цей план передбачає підвищення охоплення населення скринінгом і вакцинацією та визначає профілактику як один із центральних напрямів онкологічної політики. [24; 37; 44]

Європейська комісія у 2022 році запропонувала оновлені рекомендації щодо онкологічного скринінгу, зокрема для раку шийки матки. У додатку до рекомендації зазначено доцільність тестування на ВПЛ для жінок віком 30-65 років з інтервалом близько п'яти років з урахуванням індивідуального ризику та вакцинального статусу. Це свідчить про поступовий перехід європейських країн від традиційної цитології до ВПЛ-тестування як більш чутливого методу виявлення ризику передракових змін. [37]

Підходи ВООЗ та Європейського Союзу до профілактики раку шийки матки можна узагальнити в табл. 2.16.

Таблиця 2.16

Порівняння міжнародних підходів до профілактики раку шийки матки

Напрямок	Підхід ВООЗ	Підхід ЄС	Значення для України
Вакцинація	Досягнення 90% охоплення дівчат до 15 років	Досягнення високого охоплення дівчат і суттєве збільшення вакцинації хлопців	Розширення та стабілізація національної програми ВПЛ-вакцинації
Скринінг	70% жінок мають пройти скринінг високоефективним тестом	Перехід до ВПЛ-тестування в організованих програмах	Модернізація скринінгу та створення реєстру цільових груп
Лікування	90% жінок із передраковими станами або раком мають отримати лікування	Забезпечення маршруту пацієнтки після позитивного тесту	Посилення зв'язку між скринінгом, дообстеженням і лікуванням
Моніторинг	Оцінка досягнення цілей 90-70-90	Використання систем нагляду та індикаторів охоплення	Запровадження регулярного аналізу регіональних показників

Комунікація	Підвищення обізнаності населення і залучення громад	Інформаційні кампанії та освітні програми	Подолання вакцинальної нерішучості та низької участі у скринінгу
-------------	---	---	--

Як видно з табл. 2.16, міжнародні підходи мають спільну логіку: профілактика раку шийки матки повинна бути організованою, вимірюваною та інтегрованою в систему громадського здоров'я. Для України особливо важливим є перехід від фрагментарних профілактичних заходів до програмної моделі, у якій кожен етап має визначену цільову групу, відповідальних виконавців, фінансування та індикатори оцінки.

У країнах Європи одним із найбільш результативних інструментів є шкільна або наближена до школи модель ВПЛ-вакцинації. Її перевага полягає в тому, що вона дозволяє охопити більшість підлітків у визначеному віці, зменшити залежність від індивідуальної ініціативи батьків і забезпечити кращий облік вакцинованих осіб. У багатьох країнах вакцинація проти ВПЛ також стала гендерно нейтральною, тобто рекомендованою не лише для дівчат, а й для хлопців. Такий підхід має значення для зменшення циркуляції ВПЛ у популяції та профілактики інших ВПЛ-асоційованих онкологічних захворювань.

За даними Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, усі країни ЄС/ЄЕЗ наразі рекомендують вакцинацію проти ВПЛ для дівчат і хлопців у межах імунізаційних програм, а окремі країни, зокрема Ісландія, Португалія та Норвегія, досягли 90% охоплення вакцинацією дівчат до 15 років. Це демонструє, що ціль ВООЗ і ЄС є практично досяжною за умови належної організації програми, сталої комунікації та високої довіри населення до імунопрофілактики. [44]

Таблиця 2.17

Ключові практики європейських країн у профілактиці раку шийки матки

Практика	Суть підходу	Потенційна користь для України
Шкільна модель ВПЛ-вакцинації	Проведення щеплень через заклади освіти або у тісній взаємодії з ними	Підвищення охоплення дівчат цільового віку
Гендерно нейтральна вакцинація	Вакцинація не лише дівчат, а й хлопців	Зменшення циркуляції ВПЛ і профілактика інших ВПЛ-асоційованих раків
Організований популяційний скринінг	Персональні запрошення, реєстри, контроль інтервалів	Зменшення частки жінок, які не проходять обстеження
Первинне ВПЛ-тестування	Використання ВПЛ-тесту як основного методу скринінгу	Раніше виявлення груп ризику
Електронний моніторинг	Ведення реєстрів вакцинації, скринінгу і результатів	Оцінка охоплення та виявлення регіональних відмінностей
Комунікаційні кампанії	Доказове інформування населення через медиків, школи, громади	Подолання міфів щодо вакцинації та скринінгу

Дані табл. 2.17 свідчать, що найбільш цінним для України є не механічне копіювання окремої моделі, а адаптація кількох взаємодоповнювальних практик. Зокрема, шкільна модель вакцинації може бути ефективною лише за умови налагодженої співпраці між системами охорони здоров'я та освіти, згоди батьків, наявності вакцини і чіткої комунікації. Так само організований скринінг потребує не лише клінічних рекомендацій, а й електронного обліку, лабораторної якості та доступного маршруту пацієнтки.

Перспективи адаптації міжнародного досвіду в Україні слід оцінювати з урахуванням національного контексту. З одного боку, Україна вже зробила

важливі кроки: оновила стандарти скринінгу, затвердила порядок ранньої діагностики раку шийки матки, включила вакцинацію проти ВПЛ до Національного календаря профілактичних щеплень для дівчат 12-13 років. З іншого боку, практична реалізація цих рішень відбувається в умовах війни, внутрішньої міграції, нерівномірного доступу до медичних послуг і обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Для України доцільним є поетапне впровадження міжнародних практик. На першому етапі необхідно забезпечити стабільне охоплення дівчат 12-13 років ВПЛ-вакцинацією, створити механізм активного запрошення, використовувати електронні нагадування та проводити комунікаційні кампанії для батьків. На другому етапі варто розглянути catch-up вакцинацію для старших підлітків, які не були щеплені вчасно. На третьому етапі можливо поступово переходити до гендерно нейтральної вакцинації, якщо це буде економічно та організаційно обґрунтовано.

Щодо скринінгу, найбільш перспективним є перехід до організованої популяційної моделі з використанням ВПЛ-тестування як основного методу. Така модель має включати електронний реєстр жінок цільового віку, персональні запрошення, контроль інтервалів обстеження, якісний лабораторний супровід і гарантований маршрут після позитивного результату. Без цих елементів навіть сучасний тест не забезпечить очікуваного впливу на смертність.

Наочна модель адаптації міжнародного досвіду профілактики раку шийки матки в Україні представлена на рис. 2.6.

Як показано на рис. 2.6, адаптація міжнародного досвіду має відбуватися не через ізольоване впровадження окремих заходів, а через створення цілісної профілактичної системи. У такій системі вакцинація, скринінг і лікування передракових станів взаємодіють між собою, а система громадського здоров'я забезпечує планування, моніторинг, комунікацію та оцінку ефективності.

Особливу роль у цьому процесі має відігравати первинна медична допомога. Сімейні лікарі та педіатри можуть бути ключовими комунікаторами щодо ВПЛ-вакцинації, тоді як сімейні лікарі й акушери-гінекологи можуть

мотивувати жінок до участі у скринінгу. Міжнародний досвід показує, що рекомендація медичного працівника є одним із найважливіших чинників прийняття рішення про вакцинацію або проходження профілактичного обстеження.



Рис. 2.6. Модель адаптації міжнародного досвіду профілактики раку шийки матки в Україні

Важливим напрямом є також моніторинг нерівностей. Європейські підходи дедалі більше зосереджуються не лише на середньому національному показнику охоплення, а й на виявленні груп, які залишаються поза профілактичними програмами. Для України це особливо актуально щодо сільського населення, внутрішньо переміщених осіб, жінок з низьким рівнем доходу, мешканок територій із порушеним доступом до медичної допомоги та осіб, які втратили постійний контакт із сімейним лікарем.

Таким чином, міжнародний досвід профілактики раку шийки матки демонструє, що елімінація цього захворювання як проблеми громадського здоров'я є реальною метою, якщо держава забезпечує високе охоплення ВПЛ-вакцинацією, організований скринінг і своєчасне лікування виявленої патології.

Для України найбільш перспективними напрямками адаптації є розвиток національної програми ВПЛ-вакцинації, перехід до ВПЛ-орієнтованого скринінгу, створення електронних реєстрів, активне запрошення населення, посилення ролі первинної медичної допомоги та впровадження системного моніторингу охоплення. Реалізація цих заходів дозволить наблизити українську систему профілактики до міжнародних стандартів і створить передумови для поступового зниження тягаря раку шийки матки.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 проаналізовано систему скринінгу та вакцинації проти ВПЛ в Україні як основні напрями профілактики раку шийки матки. Встановлено, що Україна поступово переходить до більш системної моделі профілактики: оновлено нормативно-правову базу, затверджено сучасні підходи до скринінгу, а з 2026 року вакцинацію проти ВПЛ включено до Національного календаря профілактичних щеплень для дівчат 12-13 років.

Аналіз показав, що скринінг раку шийки матки в Україні тривалий час мав переважно опортуністичний характер, що обмежувало охоплення жінок профілактичними обстеженнями. Основними проблемами залишаються недостатня поінформованість населення, нерегулярність проходження скринінгу, нерівномірна доступність сучасних методів діагностики та неповний супровід пацієнток після аномальних результатів.

Оцінка вакцинації проти ВПЛ засвідчила, що її включення до календаря щеплень є важливим кроком для первинної профілактики раку шийки матки. Водночас ефективність програми залежатиме від рівня охоплення цільової групи, довіри населення до вакцинації, активної позиції медичних працівників і належної комунікації з батьками.

Міжнародний досвід свідчить, що найбільш ефективною є комплексна модель профілактики, яка поєднує високе охоплення ВПЛ-вакцинацією, організований скринінг, ВПЛ-тестування, електронний моніторинг і своєчасне лікування передракових станів. Для України орієнтиром є цілі ВООЗ 90-70-90.

Отже, подальше вдосконалення профілактики раку шийки матки в Україні має бути спрямоване на перехід до організованого скринінгу, розширення доступу до ВПЛ-тестування, підвищення рівня вакцинації, посилення інформаційної роботи та забезпечення рівного доступу до профілактичних послуг для всіх груп населення.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ

3.1. Напрями підвищення ефективності скринінгових програм

Удосконалення скринінгових програм раку шийки матки є одним із пріоритетних напрямів розвитку системи громадського здоров'я в Україні. Це зумовлено тим, що рак шийки матки належить до онкологічних захворювань, які можна попередити за умови своєчасного виявлення передракових змін і належного лікування. Скринінг дає змогу виявити патологічні процеси на доклінічному етапі, коли жінка ще не має симптомів, а медичне втручання є найбільш ефективним. [19; 20; 40; 47]

Ефективність скринінгу визначається не лише самим фактом проведення тесту, а й організацією всієї програми. Якщо жінка проходить обстеження нерегулярно, не отримує результат або не потрапляє на дообстеження після аномального тесту, профілактичний ефект скринінгу істотно знижується. Саме тому сучасний підхід передбачає перехід від опортуністичного скринінгу до організованої популяційної моделі. [19; 20; 47]

Опортуністичний скринінг ґрунтується на тому, що жінка проходить обстеження переважно за власною ініціативою або під час звернення до лікаря з іншого приводу. Така модель є менш ефективною, оскільки охоплює не все населення цільового віку, а переважно тих осіб, які вже мають контакт із системою охорони здоров'я. Натомість організований скринінг передбачає активне виявлення цільової групи, персональні запрошення, регулярні нагадування, стандартизовані алгоритми обстеження, контроль якості та подальший супровід пацієнток. [19; 20; 40]

Порівняльна характеристика опортуністичного та організованого скринінгу наведена в табл. 3.18.

Таблиця 3.18

Порівняльна характеристика опортуністичного та організованого скринінгу раку шийки матки

Критерій	Опортуністичний скринінг	Організований скринінг
Принцип залучення населення	Жінка звертається самостійно або за рекомендацією лікаря під час прийому	Жінки цільової групи активно запрошуються системою охорони здоров'я
Охоплення населення	Нерівномірне, залежить від індивідуальної ініціативи	Планове, контрольоване, орієнтоване на всю цільову групу
Облік результатів	Часто фрагментарний, залежить від закладу	Централізований або інтегрований в електронну систему
Контроль регулярності	Обмежений або відсутній	Передбачені нагадування і контроль інтервалів
Подальший маршрут пацієнтки	Може бути неповним або несистемним	Визначений алгоритм дій після кожного типу результату
Ефективність для громадського здоров'я	Нижча через втрату частини населення	Вища завдяки системності та моніторингу

Як видно з табл. 3.18, організована модель має суттєві переваги, оскільки дозволяє не лише провести тестування, а й забезпечити керованість усього профілактичного процесу. Для України перехід до такої моделі є особливо актуальним, оскільки значна частина жінок проходить скринінг нерегулярно або не проходить його взагалі.

Першим напрямом удосконалення є формування чіткої цільової групи для скринінгу. Відповідно до сучасних підходів, скринінг має бути орієнтований на жінок певного віку, для яких доведено найбільшу користь від профілактичного

обстеження. В Україні оновлені галузеві стандарти передбачають початок скринінгу з 25 років, а пріоритетним методом поступово має ставати первинне тестування на ВПЛ. Такий підхід дозволяє зосередити ресурси на групах, де виявлення передракових змін має найбільше профілактичне значення. [1; 6; 47]

Другим важливим напрямом є впровадження системи персональних запрошень. Практика багатьох країн свідчить, що пасивне інформування населення є недостатнім. Жінка має отримувати конкретне повідомлення про необхідність пройти скринінг, бажаний термін обстеження, місце отримання послуги та подальші дії. Такі запрошення можуть надсилатися через сімейного лікаря, електронну систему охорони здоров'я, SMS-повідомлення, мобільні застосунки або місцеві програми громадського здоров'я. [19; 20; 37]

Третім напрямом є стандартизація маршруту пацієнтки. Скринінг не завершується на етапі забору матеріалу або отримання результату. Для жінок із нормальними результатами має бути визначений термін наступного обстеження, а для пацієнток із позитивними або аномальними результатами - чіткий шлях до дообстеження, кольпоскопії, біопсії, лікування і подальшого моніторингу. Втрата пацієнтки після позитивного результату є однією з найбільших проблем скринінгових програм, оскільки у такому разі раннє виявлення не переходить у профілактику захворювання. [6; 20; 47]

Основні напрями підвищення ефективності скринінгу раку шийки матки наведено в табл. 3.19.

Таблиця 3.19

Напрями підвищення ефективності скринінгових програм в Україні

Напрямок удосконалення	Зміст заходів	Очікуваний результат
Перехід до організованого скринінгу	Формування реєстру жінок цільового віку, персональні запрошення, контроль інтервалів	Зростання охоплення профілактичними обстеженнями

Впровадження ВПЛ-тестування	Використання ВПЛ-тесту як пріоритетного методу скринінгу	Раннє виявлення жінок із підвищеним ризиком
Стандартизація маршруту пацієнтки	Чіткий алгоритм дій після нормального, позитивного або аномального результату	Зменшення втрат пацієнток на етапі дообстеження
Контроль якості лабораторій	Єдині вимоги до забору матеріалу, транспортування, аналізу та інтерпретації результатів	Підвищення достовірності скринінгу
Посилення ролі первинної ланки	Залучення сімейних лікарів до інформування, запрошення та супроводу жінок	Підвищення участі населення у скринінгу
Розвиток цифрових інструментів	Електронні реєстри, автоматичні нагадування, моніторинг результатів	Кращий облік і керованість програми
Підвищення територіальної доступності	Мобільні бригади, пункти забору матеріалу в громадах, співпраця з місцевою владою	Зменшення нерівності між міським і сільським населенням

Дані табл. 3.19 свідчать, що підвищення ефективності скринінгу потребує комплексного підходу. Неможливо досягти значного зниження захворюваності лише шляхом збільшення кількості тестів, якщо не буде забезпечено якісний облік, інформування, дообстеження та лікування.

Особливе значення має цифровізація медичних послуг. Електронні інструменти дозволяють перейти від паперового або фрагментарного обліку до системного управління скринінговою програмою. Доцільним є створення окремого модуля скринінгу раку шийки матки в електронній системі охорони здоров'я, який би містив інформацію про жінок цільового віку, дату останнього

обстеження, тип тесту, результат, рекомендації, дату наступного скринінгу та факт проходження дообстеження у разі позитивного результату. [7; 20]

Цифровізація також дає змогу проводити аналітику на рівні громади, області та країни. Наприклад, можна визначати території з низьким охопленням, оцінювати частку жінок, які не з'явилися після запрошення, відстежувати час від позитивного тесту до кольпоскопії або лікування. Такі дані є важливими для управлінських рішень, планування ресурсів і оцінки ефективності програми.

Основні можливості цифровізації скринінгу наведено в табл. 3.20.

Таблиця 3.20

Можливості цифровізації скринінгових програм раку шийки матки

Цифровий інструмент	Практичне застосування	Очікувана користь
Електронний реєстр цільової групи	Облік жінок, які підлягають скринінгу	Формування повного переліку осіб для запрошення
Автоматичні нагадування	SMS, повідомлення через електронну систему або застосунки	Підвищення явки на обстеження
Електронний запис	Можливість обрати зручний час і заклад	Зменшення організаційних бар'єрів
Електронний облік результатів	Внесення результатів тесту до системи	Забезпечення доступності інформації для лікаря і пацієнтки
Маршрутизація після позитивного результату	Автоматичне направлення на дообстеження	Зменшення втрат пацієнток
Аналітичні панелі	Моніторинг охоплення, результатів і регіональних відмінностей	Підтримка управлінських рішень

Як видно з табл. 3.20, цифровізація має не лише технічне, а й організаційне значення. Вона дозволяє зробити скринінг прозорим, контрольованим і орієнтованим на результат.

Наочну модель організованого цифрового скринінгу можна подати на рис. 3.7.



Рис. 3.7. Модель організованого цифрового скринінгу раку шийки матки

Як показано на рис. 3.7, цифровий скринінг забезпечує безперервність процесу. Пацієнтка не повинна самотійно орієнтуватися в усіх етапах системи; навпаки, система має супроводжувати її від моменту запрошення до завершення маршруту.

Важливим напрямом є підвищення доступності обстежень. Доступність скринінгу включає не лише наявність медичного закладу, а й можливість реально скористатися послугою. Для частини жінок бар'єрами можуть бути віддаленість закладу, транспортні витрати, незручний графік роботи, потреба доглядати за дітьми або членами родини, недостатня інформація, страх перед процедурою чи недовіра до медичної системи.

Для підвищення територіальної доступності доцільно розвивати пункти забору матеріалу на рівні громад, залучати центри первинної медичної допомоги, використовувати мобільні медичні бригади, організовувати дні профілактичних

оглядів у громадах. Особливе значення це має для сільського населення, внутрішньо переміщених осіб і жінок, які проживають у регіонах із порушеною медичною інфраструктурою. [7; 20; 41]

Фінансова доступність також є важливою умовою ефективності. Якщо сучасні методи, зокрема ВПЛ-тестування, доступні переважно у приватному секторі, це поглиблює нерівність. Тому необхідно забезпечити включення пріоритетних скринінгових послуг до гарантованих державою медичних послуг або місцевих програм громадського здоров'я. Для жінок із соціально вразливих груп скринінг має бути безоплатним або максимально фінансово доступним. [21; 30]

Окремим напрямом є підвищення інформаційної доступності. Жінки повинні отримувати просту і зрозумілу інформацію про те, кому, коли, де і навіщо потрібно проходити скринінг. Інформаційні матеріали мають пояснювати, що рак шийки матки може тривалий час розвиватися безсимптомно, а тому профілактичне обстеження необхідне навіть за відсутності скарг. До комунікації варто залучати сімейних лікарів, акушерів-гінекологів, громадські організації, освітні заклади, місцеві медіа та цифрові канали.

Основні шляхи підвищення доступності скринінгу наведено в табл. 3.21.

Таблиця 3.21

Шляхи підвищення доступності скринінгу раку шийки матки

Вид доступності	Основні заходи	Очікуваний результат
Територіальна	Пункти забору матеріалу в громадах, мобільні бригади, виїзні дні скринінгу	Зменшення бар'єрів для жінок із сільських і віддалених територій
Фінансова	Безоплатне або частково оплачуване ВПЛ-тестування в межах державних чи місцевих програм	Зменшення соціальної нерівності

Організаційна	Електронний запис, зручний графік прийому, скорочення черг	Підвищення зручності проходження обстеження
Інформаційна	Просвітницькі матеріали, консультації лікарів, місцеві кампанії	Зростання обізнаності та мотивації жінок
Психологічна	Делікатна комунікація, конфіденційність, пояснення процедури	Зменшення страху і стигматизації

Як видно з табл. 3.21, доступність скринінгу є багатовимірним поняттям. Навіть якщо медична послуга формально існує, вона може залишатися малодоступною через фінансові, психологічні або організаційні бар'єри.

Суттєве значення має підготовка медичних працівників. Сімейні лікарі, акушери-гінекологи, медичні сестри та працівники центрів громадського здоров'я повинні мати єдине розуміння цілей скринінгу, рекомендованого віку, інтервалів обстеження, алгоритмів дій після результату та принципів комунікації з пацієнтками. Медичний працівник має не лише виконати направлення або забір матеріалу, а й пояснити жінці значення скринінгу, зняти страхи, наголосити на конфіденційності та необхідності подальших дій у разі аномального результату. [20; 25]

Не менш важливим є контроль якості скринінгових послуг. Він має охоплювати якість забору матеріалу, транспортування, лабораторного аналізу, інтерпретації результатів, повідомлення пацієнтки та подальшого маршруту. Без контролю якості існує ризик хибнонегативних або хибнопозитивних результатів, недовіри до системи та неефективного використання ресурсів. [19; 47]

З позиції управління громадським здоров'ям доцільно запровадити систему індикаторів оцінки ефективності скринінгу. До таких індикаторів можуть належати: частка жінок цільового віку, які отримали запрошення; частка жінок, які пройшли обстеження; частка позитивних або аномальних результатів;

частка пацієнток, які пройшли дообстеження; середній час від позитивного результату до консультації спеціаліста; частка виявлених передракових станів; частка занедбаних випадків раку шийки матки.

Таблиця 3.22

Запропоновані індикатори оцінки ефективності скринінгової програми

Індикатор	Що оцінює	Значення для управління програмою
Охоплення запрошеннями	Частку жінок цільової групи, які отримали запрошення	Дозволяє оцінити активність системи
Охоплення тестуванням	Частку жінок, які реально пройшли скринінг	Відображає доступність і прийнятність програми
Частка позитивних результатів	Результативність виявлення груп ризику	Допомагає планувати потребу в дообстеженні
Завершення маршруту після позитивного тесту	Частку пацієнток, які пройшли дообстеження	Виявляє втрати пацієнток у системі
Час до дообстеження	Період від позитивного тесту до консультації або кольпоскопії	Оцінює оперативність медичної допомоги
Частка виявлених передракових станів	Ефективність раннього виявлення патології	Показує профілактичну результативність скринінгу
Регіональні відмінності	Різницю в охопленні між областями і громадами	Дозволяє спрямувати ресурси на проблемні території

Дані табл. 3.22 демонструють, що ефективність скринінгової програми має оцінюватися не лише за кількістю проведених тестів. Значно важливішими є

показники завершеності маршруту, своєчасності дообстеження та виявлення передракових станів.

Отже, підвищення ефективності скринінгових програм в Україні потребує системних змін. Основними напрямками мають стати перехід до організованого популяційного скринінгу, впровадження ВПЛ-тестування, цифровізація процесів, підвищення територіальної та фінансової доступності, стандартизація маршруту пацієнтки, підготовка медичних працівників і контроль якості. Такий підхід дозволить не лише збільшити кількість обстежень, а й забезпечити реальний вплив скринінгу на зниження захворюваності та смертності від раку шийки матки.

3.2. Заходи щодо підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ

Вакцинація проти вірусу папіломи людини є одним із найефективніших заходів первинної профілактики раку шийки матки. Її значення полягає в тому, що вона спрямована на попередження інфікування онкогенними типами ВПЛ, які є основною причиною розвитку передракових змін і раку шийки матки. На відміну від скринінгу, який виявляє вже наявні патологічні зміни, вакцинація дозволяє зменшити ризик виникнення таких змін у майбутньому.

Включення вакцинації проти ВПЛ до Національного календаря профілактичних щеплень з 2026 року створило передумови для формування системної державної програми профілактики ВПЛ-асоційованих захворювань в Україні. Водночас ефективність цієї програми залежатиме не лише від наявності вакцини, а й від рівня довіри населення, якості комунікації з батьками, активності сімейних лікарів, організації обліку та державної підтримки.

Відповідно до глобальної стратегії ВООЗ, до 2030 року 90% дівчат мають бути повністю вакциновані проти ВПЛ до досягнення 15-річного віку. Для України цей показник є стратегічним орієнтиром, досягнення якого потребує поєднання медичних, організаційних, інформаційних та управлінських заходів. [18; 29]

Основні напрями підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ в Україні наведено в табл. 3.23.

Таблиця 3.23

Основні напрями підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ в Україні

Напрямок роботи	Зміст заходів	Очікуваний результат
Інформаційно-просвітницькі кампанії	Поширення доказової інформації про ВПЛ, рак шийки матки та безпечність вакцини	Підвищення обізнаності батьків і підлітків
Активна роль сімейних лікарів	Індивідуальне консультування, рекомендація вакцинації, відповідь на запитання батьків	Зростання довіри до щеплення
Залучення закладів освіти	Інформування батьків через школи, батьківські збори, освітні платформи	Краще охоплення дівчат цільового віку
Електронний облік і нагадування	Ведення реєстру, SMS-нагадування, повідомлення через електронну систему	Зменшення пропущених можливостей вакцинації
Державне фінансування	Централізована закупівля вакцини, безоплатність для цільової групи	Зменшення фінансових бар'єрів
Моніторинг охоплення	Аналіз показників за регіонами, громадами, закладами	Виявлення територій із низьким рівнем вакцинації

Як видно з табл. 3.23, підвищення рівня ВПЛ-вакцинації потребує комплексного підходу. Якщо вакцина є доступною, але батьки не отримують зрозумілої інформації або не довіряють програмі, охоплення залишатиметься

недостатнім. Тому медична доступність має поєднуватися з якісною комунікацією.

Одним із найважливіших напрямів є проведення інформаційно-просвітницьких кампаній. Їхня мета полягає не лише в загальному інформуванні населення, а й у формуванні правильного розуміння ВПЛ-вакцинації як профілактики онкологічних захворювань. Особливу увагу потрібно приділяти поясненню зв'язку між ВПЛ і раком шийки матки, безпечності вакцини, рекомендованому віку щеплення та необхідності вакцинації до ймовірного контакту з вірусом.

Інформаційні кампанії мають бути адаптовані до різних цільових аудиторій: батьків, підлітків, медичних працівників, освітян і представників місцевих громад. Для батьків важливо надавати прості відповіді на практичні запитання: кому показана вакцинація, де її можна зробити, чи є вона безоплатною, які можливі реакції після щеплення та чому вакцинацію проводять саме у віці 12-13 років. Для підлітків інформація має бути зрозумілою, коректною та без стигматизації. [2; 3; 4; 25]

Основні цільові групи інформаційно-просвітницької роботи наведено в табл. 3.24.

Таблиця 3.24

Цільові групи інформаційно-просвітницьких кампаній щодо ВПЛ-вакцинації

Цільова група	Основний зміст повідомлень	Канали комунікації
Батьки дівчат 12-13 років	Вакцинація проти ВПЛ є профілактикою раку шийки матки; щеплення безоплатне і рекомендоване у визначеному віці	Сімейні лікарі, школи, батьківські збори, SMS, соціальні мережі
Підлітки	Вакцина допомагає захистити здоров'я в майбутньому; процедура є безпечною і короткою	Шкільні заняття з основ здоров'я, освітні

		матеріали, цифрові платформи
Медичні працівники	Необхідність активної рекомендації, відповіді на типові запитання, протидія міфам	Тренінги, клінічні протоколи, вебінари, методичні матеріали
Освітняни	Роль школи в інформуванні батьків і підтримці профілактичних програм	Інструктивні листи, зустрічі з медиками, інформаційні пакети
Місцеві громади	Важливість рівного доступу до вакцинації та підтримки родин	Місцеві медіа, сайти громад, ЦНАПи, центри громадського здоров'я

Як видно з табл. 3.24, ефективна кампанія не може бути однаковою для всіх. Кожна група має власний рівень знань, потреби та канали отримання інформації. Тому повідомлення мають бути сегментованими, доказовими і повторюваними.

Особливе значення має роль сімейних лікарів і педіатрів. Дослідження у сфері вакцинальної поведінки свідчать, що рекомендація медичного працівника є одним із найсильніших чинників прийняття рішення про щеплення. В українських умовах саме сімейний лікар часто є основним джерелом інформації для родини щодо профілактичних щеплень. Тому він має не лише повідомляти про можливість вакцинації, а й активно рекомендувати її як стандартний профілактичний захід. [2; 25]

Для підвищення ефективності консультування сімейні лікарі повинні мати уніфіковані інформаційні матеріали, алгоритми відповідей на типові запитання та навчання щодо комунікації з батьками. Важливо, щоб рекомендація була чіткою, впевненою і не створювала враження необов'язковості або другорядності щеплення. Наприклад, замість нейтрального формулювання «можете зробити вакцину, якщо хочете» доцільніше використовувати доказово орієнтоване повідомлення: «Вашій дитині рекомендована вакцинація проти

ВПЛ, оскільки вона допомагає запобігти майбутньому ризику раку шийки матки».

Комунікаційну модель підвищення прийнятності ВПЛ-вакцинації подано на рис. 3.8.



Рис. 3.8. Комунікаційна модель підвищення прийнятності ВПЛ-вакцинації

Як показано на рис. 3.8, ефективна комунікація має проходити через канали, яким населення довіряє. Вона повинна бути послідовною: однакові ключові повідомлення мають звучати від медичних працівників, закладів освіти, місцевих органів влади та фахівців громадського здоров'я.

Роль системи громадського здоров'я полягає у плануванні, координації та оцінці заходів з підвищення охоплення вакцинацією. Центри контролю та профілактики хвороб можуть аналізувати регіональні показники вакцинації, виявляти громади з низьким охопленням, організовувати локальні інформаційні кампанії, забезпечувати методичну підтримку медичних закладів і взаємодіяти з освітніми установами.

Окремим завданням є протидія дезінформації. ВПЛ-вакцинація часто стає об'єктом міфів, зокрема щодо впливу на репродуктивне здоров'я, безпечність або «непотрібність» щеплення в підлітковому віці. Для подолання таких міфів важливо не лише спростовувати неправдиву інформацію, а й пояснювати механізм дії вакцини, її профілактичну мету та міжнародний досвід застосування. Комунікація має бути спокійною, неагресивною і заснованою на довірі.

Механізми державної підтримки вакцинації повинні включати централізоване планування закупівель, рівномірний розподіл вакцини між регіонами, контроль залишків, електронний облік щеплень, навчання медичних працівників і фінансування комунікаційних кампаній. Важливо, щоб безоплатність вакцинації для цільової групи була реально забезпечена на практиці, а не існувала лише на нормативному рівні. [5; 9; 45]

Основні механізми державної підтримки ВПЛ-вакцинації наведено в табл. 3.25.

Таблиця 3.25

Механізми державної підтримки вакцинації проти ВПЛ

Механізм підтримки	Зміст	Очікуваний ефект
Централізована закупівля вакцин	Планування потреби та забезпечення національного рівня поставок	Стабільна наявність вакцини
Безоплатність для цільової групи	Надання вакцини дівчатам 12-13 років без оплати з боку родини	Усунення фінансового бар'єра
Електронний облік щеплень	Фіксація вакцинації в електронній системі охорони здоров'я	Контроль охоплення і виявлення невакцинованих

Регіональний моніторинг	Аналіз показників за областями, громадами і закладами	Виявлення територій із низьким охопленням
Навчання медичних працівників	Підготовка сімейних лікарів, педіатрів, медичних сестер	Покращення якості консультування
Комунікаційні кампанії	Національні та місцеві інформаційні заходи	Підвищення довіри і прийнятності вакцинації
Міжсекторальна взаємодія	Співпраця охорони здоров'я, освіти, місцевої влади та громадських організацій	Краще залучення цільових груп

Дані табл. 3.25 показують, що державна підтримка має бути багаторівневою. Однієї закупівлі вакцини недостатньо, якщо відсутні облік, запрошення, комунікація та контроль охоплення.

Доцільним є також використання шкільного або наближеного до школи підходу до організації вакцинації. Оскільки цільова група охоплює дівчат 12-13 років, заклади освіти можуть бути ефективним каналом інформування батьків і організації профілактичної роботи. При цьому сама вакцинація має проводитися з дотриманням вимог законодавства, інформованої згоди батьків, медичних показань і належного обліку. Шкільна модель не повинна замінювати медичну відповідальність, але може суттєво покращити доступ до цільової групи. [35; 44]

В умовах війни та внутрішньої міграції особливо важливо забезпечити рівний доступ до вакцинації для дітей, які змінили місце проживання, перебувають у приймаючих громадах або мають нерегулярний контакт із сімейним лікарем. Для цього потрібні мобільні вакцинальні бригади, гнучка маршрутизація пацієнтів, можливість отримати щеплення не лише за місцем декларації, а й за фактичним місцем перебування.

Перспективним напрямом є запровадження catch-up вакцинації для старших підлітків, які не були охоплені щепленням у визначеному віці. Такий

підхід використовується в багатьох країнах і дозволяє зменшити втрати серед когорт, які не потрапили до програми на момент її запуску. У подальшому, після стабілізації охоплення серед дівчат 12-13 років, Україна може розглянути поступове розширення програми на хлопців, що відповідатиме сучасним європейським тенденціям гендерно нейтральної вакцинації. [34; 44]

Прогнозована послідовність розширення ВПЛ-вакцинації в Україні може бути представлена на рис. 3.9.



Рис. 3.9. Поетапна модель розвитку програми ВПЛ-вакцинації в Україні

Як показано на рис. 3.9, розвиток програми має бути поступовим. Спочатку необхідно забезпечити стабільність базової моделі, а вже потім розширювати її на додаткові групи населення.

Таким чином, підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ в Україні потребує поєднання інформаційно-просвітницьких, організаційних і державних заходів. Найбільш важливими є формування довіри до вакцинації, активна рекомендація з боку сімейних лікарів і педіатрів, залучення освітніх закладів, електронний облік, державне фінансування та регіональний моніторинг. У довгостроковій

перспективі ефективна програма ВПЛ-вакцинації здатна істотно зменшити ризик розвитку раку шийки матки та інших ВПЛ-асоційованих захворювань.

3.3. Розробка практичних рекомендацій для системи громадського здоров'я

Удосконалення профілактики раку шийки матки в Україні потребує впровадження комплексної моделі, яка поєднує вакцинацію проти вірусу папіломи людини, організований скринінг, своєчасне лікування передракових станів, цифровий моніторинг, інформаційно-просвітницьку роботу та міжсекторальну взаємодію. Такий підхід відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям і дозволяє розглядати профілактику раку шийки матки не як окрему медичну послугу, а як цілісну систему громадського здоров'я. [7; 18; 29]

Практичні рекомендації мають бути спрямовані на подолання основних проблем, виявлених у попередніх підрозділах: недостатнього охоплення скринінгом, нерегулярності профілактичних обстежень, низької поінформованості населення, вакцинальної нерішучості, нерівномірного доступу до послуг, недостатньої цифровізації та ризику втрати пацієнток після аномальних результатів скринінгу. Тому ключовим завданням є створення такої моделі, у якій профілактичні послуги будуть доступними, зрозумілими, регулярними та контрольованими. [1; 5; 6; 7; 45]

Комплексна модель профілактики повинна охоплювати три рівні: первинну, вторинну і третинну профілактику. Первинна профілактика передбачає вакцинацію проти ВПЛ, вторинна - організований скринінг і раннє виявлення передракових змін, третинна - своєчасне лікування виявленої патології та подальше спостереження. Взаємозв'язок цих рівнів наведено на рис. 3.10. [18; 20; 29]

Як показано на рис. 3.10, ефективна профілактика раку шийки матки можлива лише за умови поєднання всіх рівнів профілактики. Вакцинація зменшує майбутній ризик інфікування онкогенними типами ВПЛ, скринінг

дозволяє виявити патологічні зміни на ранньому етапі, а лікування передракових станів запобігає розвитку інвазивного раку.

Практичні рекомендації для системи громадського здоров'я доцільно згрупувати за основними напрямками: організаційним, медико-технологічним, цифровим, комунікаційним, кадровим та міжсекторальним. Узагальнення цих рекомендацій наведено в табл. 3.26.



Рис. 3.10. Комплексна модель профілактики раку шийки матки в системі громадського здоров'я

Таблиця 3.26

Практичні рекомендації щодо удосконалення профілактики раку шийки матки в Україні

Напрямок рекомендацій	Рекомендовані заходи	Очікуваний результат
Організаційний	Перехід до організованого скринінгу, формування реєстрів цільових груп, персональні запрошення	Підвищення охоплення жінок профілактичними обстеженнями

Медико-технологічний	Розширення доступу до ВПЛ-тестування, стандартизація маршруту після позитивного результату	Раннє виявлення і своєчасне лікування передракових станів
Вакцинальний	Стабільне забезпечення ВПЛ-вакциною, активне запрошення дівчат 12-13 років, catch-up програми	Зростання вакцинального охоплення
Цифровий	Електронні реєстри, автоматичні нагадування, електронний облік результатів і щеплень	Кращий моніторинг і керованість профілактичних програм
Комунікаційний	Інформаційні кампанії, матеріали для батьків і жінок, протидія міфам	Підвищення обізнаності та довіри населення
Кадровий	Навчання сімейних лікарів, педіатрів, акушерів-гінекологів, медичних сестер	Покращення якості консультування і маршрутизації
Міжсекторальний	Співпраця охорони здоров'я, освіти, місцевої влади, громадських організацій	Розширення охоплення населення і зменшення нерівностей

Як видно з табл. 3.26, запропоновані рекомендації мають комплексний характер. Вони спрямовані не лише на збільшення кількості медичних втручань, а й на формування сталої системи профілактики, у якій населення активно залучене, медичні працівники мають чіткі алгоритми, а органи управління володіють даними для прийняття рішень.

Одним із ключових напрямів є організація скринінгу. Рекомендовано запровадити популяційну модель, що передбачає персоніфікований облік жінок цільового віку, регулярні запрошення, контроль інтервалів і моніторинг

результатів. Такий підхід дозволить перейти від випадкового проходження обстежень до планового профілактичного процесу. Особливу увагу слід приділяти жінкам із сільських територій, внутрішньо переміщеним особам, соціально вразливим групам і тим, хто не має регулярного контакту з лікарем. [19; 20; 47]

Медико-технологічний напрям має передбачати розширення доступу до ВПЛ-тестування як пріоритетного методу скринінгу. Важливо забезпечити контроль якості лабораторних досліджень, стандартизований забір матеріалу, своєчасне повідомлення результатів і зрозумілий маршрут пацієнтки після позитивного або аномального результату. Скринінг має вважатися завершеним лише тоді, коли жінка отримала результат, за потреби пройшла дообстеження і була скерована на лікування або подальше спостереження. [1; 6; 47]

Вакцинальний напрям повинен бути орієнтований на досягнення високого охоплення дівчат 12-13 років вакцинацією проти ВПЛ. Для цього необхідні стабільні поставки вакцин, безоплатність для цільової групи, електронний облік щеплень, активне запрошення батьків і комунікаційна підтримка. У перспективі доцільно розглянути catch-up вакцинацію для старших підлітків, які не були охоплені програмою у визначеному віці, а також поступову оцінку можливості гендерно нейтральної вакцинації. [5; 34; 45]

Цифровізація має стати інструментом управління профілактикою. Електронні реєстри повинні охоплювати як скринінг, так і вакцинацію. Це дозволить оцінювати охоплення, виявляти групи, які не отримали профілактичних послуг, надсилати нагадування, контролювати подальший маршрут пацієнток і аналізувати регіональні відмінності. Особливо важливо, щоб електронна система не лише фіксувала факт послуги, а й допомагала організовувати наступні дії.

Комунікаційна складова має бути постійною, а не епізодичною. Населенню необхідно пояснювати, що рак шийки матки може тривалий час розвиватися безсимптомно, тому скринінг потрібен навіть за відсутності скарг. Батькам слід надавати доказову інформацію про безпечність і ефективність

ВПЛ-вакцинації. Повідомлення мають бути простими, коректними, без стигматизації та з акцентом на профілактику онкологічних захворювань.

Кадровий напрям передбачає навчання медичних працівників. Сімейні лікарі та педіатри повинні впевнено консультувати щодо ВПЛ-вакцинації, а акушери-гінекологи - щодо скринінгу, ВПЛ-тестування та подальшого маршруту пацієнтки. Медичні сестри можуть відігравати важливу роль у нагадуваннях, записі на процедури, поясненні підготовки до обстеження та підтримці пацієнток.

Міжсекторальна взаємодія є необхідною умовою реалізації запропонованої моделі. Профілактика раку шийки матки не може бути завданням лише медичних закладів. До неї мають бути залучені органи місцевого самоврядування, заклади освіти, центри контролю та профілактики хвороб, громадські організації, соціальні служби та засоби масової інформації. Розподіл ролей між основними учасниками наведено в табл. 3.27. [7; 24]

Таблиця 3.27

Роль основних суб'єктів у реалізації профілактики раку шийки матки

Суб'єкт	Основні функції
Міністерство охорони здоров'я України	Формування політики, затвердження стандартів, забезпечення нормативного регулювання
Центр громадського здоров'я та регіональні ЦКПХ	Моніторинг показників, методична підтримка, аналіз охоплення, координація комунікацій
Заклади первинної медичної допомоги	Запрошення на вакцинацію і скринінг, консультування, електронний облік
Акушери-гінекологи	Проведення скринінгу, дообстеження, ведення пацієнток з аномальними результатами
Заклади освіти	Інформування батьків, підтримка профілактичних кампаній, взаємодія з медичними службами

Органи місцевого самоврядування	Підтримка місцевих програм, транспортна доступність, комунікація в громадах
Громадські організації	Просвітницька робота, підтримка вразливих груп, протидія дезінформації

Дані табл. 3.27 свідчать, що кожен суб'єкт має власну роль, а ефективність профілактики залежить від узгодженості їхніх дій. Особливо важливо уникати дублювання функцій і забезпечити обмін інформацією між рівнями системи.

Прогноз ефективності профілактичних заходів залежить від рівня їх впровадження. У короткостроковій перспективі найбільш помітним результатом може бути зростання охоплення скринінгом, збільшення кількості виявлених передракових станів і зменшення втрат пацієнток після аномальних результатів. У середньостроковій перспективі можна очікувати зниження частки занедбаних випадків раку шийки матки. У довгостроковій перспективі, за умови високого охоплення ВПЛ-вакцинацією, очікується зниження поширеності онкогенних типів ВПЛ і поступове зменшення захворюваності. [15; 21; 23; 29]

Очікувані результати впровадження комплексної моделі наведено в табл. 3.28.

Таблиця 3.28

Очікувані результати впровадження комплексної профілактики раку шийки матки

Профілактичний захід	Короткостроковий результат	Довгостроковий результат
Організований скринінг	Зростання кількості жінок, які проходять обстеження	Зниження частки занедбаних випадків
ВПЛ-тестування	Раніше виявлення жінок із підвищеним ризиком	Зменшення захворюваності на інвазивний рак
ВПЛ-вакцинація	Формування захисту серед підлітків	Зниження поширеності онкогенних типів ВПЛ

Електронні реєстри	Кращий облік і контроль маршрутів пацієнток	Підвищення керованості профілактичної системи
Інформаційні кампанії	Зростання обізнаності населення	Формування культури профілактики
Міжсекторальна взаємодія	Краще охоплення різних груп населення	Зменшення нерівностей у доступі до профілактики

Як видно з табл. 3.28, різні профілактичні заходи мають різний часовий горизонт ефективності. Скринінг може дати швидший результат через раннє виявлення патології у дорослих жінок, тоді як вакцинація матиме найбільший вплив у майбутньому, коли вакциновані покоління досягнуть віку підвищеного ризику.

Для оцінки реалізації запропонованої моделі доцільно використовувати систему індикаторів. Вона має включати показники охоплення вакцинацією, охоплення скринінгом, частку жінок із позитивними результатами, частку пацієнток, які завершили дообстеження, час від позитивного результату до лікування, рівень обізнаності населення та регіональні відмінності. Такі індикатори дозволять не лише оцінювати загальну ефективність програми, а й вчасно виявляти слабкі місця. [7; 18; 20]

Загальна логіка практичних рекомендацій полягає в тому, що профілактика раку шийки матки має бути не разовою кампанією, а сталою функцією системи громадського здоров'я. Для цього потрібні нормативна підтримка, фінансування, кадрова підготовка, цифрові інструменти, довіра населення і чітка відповідальність кожного рівня системи. [7; 18; 29]

Таким чином, запропоновані практичні рекомендації спрямовані на створення інтегрованої моделі профілактики раку шийки матки в Україні. Її основними елементами є ВПЛ-вакцинація, організований скринінг, ВПЛ-тестування, своєчасне лікування передракових станів, електронний моніторинг, інформаційна робота та міжсекторальна співпраця. Реалізація цієї моделі дозволить підвищити ефективність профілактичних програм, зменшити

нерівності у доступі до медичних послуг і наблизити Україну до міжнародних цілей елімінації раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я.

Висновки до розділу 3

У розділі 3 визначено основні шляхи удосконалення системи профілактики раку шийки матки в Україні. Обґрунтовано, що підвищення ефективності профілактики можливе лише за умови комплексного підходу, який поєднує організований скринінг, вакцинацію проти ВПЛ, цифровізацію медичних послуг, інформаційно-просвітницьку роботу та міжсекторальну взаємодію.

Встановлено, що одним із пріоритетних напрямів має стати перехід від опортуністичного до організованого скринінгу. Така модель передбачає формування реєстру жінок цільового віку, персональні запрошення, контроль регулярності обстежень, впровадження ВПЛ-тестування, стандартизацію маршруту пацієнтки після аномального результату та моніторинг якості скринінгової програми.

Обґрунтовано необхідність подальшого підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ. Ключовими заходами мають бути проведення інформаційно-просвітницьких кампаній, активна участь сімейних лікарів і педіатрів, залучення закладів освіти, електронний облік щеплень, державне фінансування та регіональний моніторинг охоплення. Особливу увагу слід приділяти формуванню довіри населення до вакцинації та подоланню поширених міфів.

Запропоновано практичні рекомендації для системи громадського здоров'я, які передбачають створення інтегрованої моделі профілактики раку шийки матки. Її основними складовими є ВПЛ-вакцинація, організований скринінг, ВПЛ-тестування, своєчасне лікування передракових станів, цифровий моніторинг, підготовка медичних працівників і співпраця між системами охорони здоров'я, освіти, місцевого самоврядування та громадськими організаціями.

Отже, реалізація запропонованих заходів дозволить підвищити охоплення населення профілактичними послугами, зменшити нерівність у доступі до скринінгу та вакцинації, покращити раннє виявлення патології шийки матки і створити передумови для поступового зниження захворюваності та смертності від раку шийки матки в Україні.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі проаналізовано профілактику раку шийки матки в системі громадського здоров'я з урахуванням ролі скринінгу, вакцинації проти вірусу папіломи людини та організаційно-правових механізмів їх реалізації в Україні.

1. Встановлено, що рак шийки матки залишається актуальною медико-соціальною проблемою, оскільки захворювання має значний вплив на здоров'я жінок, якість їхнього життя, репродуктивне здоров'я та соціально-економічну сферу. Водночас рак шийки матки належить до онкологічних захворювань, яким значною мірою можна запобігти за умови своєчасної вакцинації проти ВПЛ, регулярного скринінгу та лікування передракових станів.

2. Доведено, що основним етіологічним фактором розвитку раку шийки матки є персистуюча інфекція онкогенними типами вірусу папіломи людини, насамперед ВПЛ 16 і 18 типів. Саме тому сучасна профілактика захворювання має бути спрямована не лише на раннє виявлення патології, а й на попередження інфікування ВПЛ шляхом імунопрофілактики.

3. Проаналізовано сучасні підходи до скринінгу раку шийки матки та визначено, що найбільш ефективною є організована популяційна модель, яка передбачає формування цільових груп, персональні запрошення, регулярність обстежень, використання ВПЛ-тестування, контроль якості лабораторної діагностики та подальший супровід пацієнток після аномальних результатів.

4. Встановлено, що в Україні система скринінгу тривалий час мала переважно опортуністичний характер, що обмежувало рівень охоплення жінок профілактичними обстеженнями. Основними проблемами залишаються недостатня поінформованість населення, нерегулярність проходження скринінгу, нерівномірна доступність сучасних методів діагностики та ризик втрати пацієнток на етапі дообстеження.

5. Оцінено стан вакцинації проти ВПЛ в Україні та визначено, що включення цієї вакцини до Національного календаря профілактичних щеплень з

2026 року є важливим кроком у напрямі первинної профілактики раку шийки матки. Водночас ефективність програми залежатиме від рівня охоплення цільової групи, довіри населення, активної позиції сімейних лікарів і педіатрів, стабільного постачання вакцин та належної інформаційної підтримки.

6. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду показав, що найефективніші профілактичні системи поєднують високе охоплення ВПЛ-вакцинацією, організований скринінг, електронний моніторинг, своєчасне лікування передракових станів і міжсекторальну взаємодію. Орієнтиром для України є глобальні цілі ВООЗ 90-70-90, спрямовані на елімінацію раку шийки матки як проблеми громадського здоров'я.

7. Обґрунтовано основні шляхи удосконалення системи профілактики раку шийки матки в Україні. До них належать перехід до організованого скринінгу, розширення доступу до ВПЛ-тестування, створення електронних реєстрів, активне запрошення жінок на обстеження, забезпечення маршруту пацієнтки після позитивного результату, підвищення рівня вакцинації проти ВПЛ та проведення інформаційно-просвітницьких кампаній.

8. Запропоновано комплексну модель профілактики раку шийки матки в системі громадського здоров'я, яка включає первинну профілактику через ВПЛ-вакцинацію, вторинну профілактику через організований скринінг, третинну профілактику через лікування передракових станів, а також цифровізацію, кадрову підготовку, комунікацію з населенням і міжсекторальну співпрацю.

Таким чином, профілактика раку шийки матки в Україні має розвиватися як цілісна система громадського здоров'я, а не як сукупність окремих медичних послуг. Реалізація запропонованих заходів сприятиме підвищенню охоплення населення профілактичними програмами, зменшенню нерівності в доступі до медичних послуг, ранньому виявленню патології та поступовому зниженню захворюваності й смертності від раку шийки матки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. В Україні оновили галузеві стандарти скринінгу раку шийки матки та ведення пацієток з передраковими станами РШМ. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/v-ukrayini-onovyly-galuzevi-standarty-skryningu-raku-shyjky-matky-ta-vedennya-pacziyentok-z-peredrakovymy-stanamy-rshm/> (дата звернення: 01.06.2026).
2. Вивчення ставлення громадян України до вакцинації / К. Дорикевич та ін. Аналіз Мечниковського Інституту. 2021. № 4. URL: <https://journals.urau.ua/ami/article/view/243774> (дата звернення: 01.06.2026).
3. Міжнародний день обізнаності про вірус папіломи людини: як передається, чим небезпечний і як захиститися. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://www.phc.org.ua/news/mizhnarodniy-den-obiznanosti-pro-virus-papilomi-lyudini-yak-peredaetsya-chim-nebezpechniy-i> (дата звернення: 01.06.2026).
4. Правда про рак шийки матки: викоринюємо міфи про хворобу. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/pravda-pro-rak-shiyki-matki-vikorinyuemo-mifi-pro-khvorobu> (дата звернення: 01.06.2026).
5. Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.03.2025 № 396. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0443-25> (дата звернення: 01.06.2026).
6. Про затвердження Порядку скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієток з груп ризику : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2024 № 1368. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1274-24> (дата звернення: 01.06.2026).

7. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20/conv> (дата звернення: 01.06.2026).
8. Про схвалення Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024-2026 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 730-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/730-2024-%D1%80> (дата звернення: 01.06.2026).
9. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023-2025 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.06.2023 № 562-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/562-2023-%D1%80> (дата звернення: 01.06.2026).
10. Рак в Україні, 2023-2024 : бюлетень Національного канцер-реєстру України № 26. Національний канцер-реєстр України. URL: https://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/index.htm (дата звернення: 01.06.2026).
11. Січень - місяць обізнаності про рак шийки матки. Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. URL: <https://zp.cdc.gov.ua/news/sichen-misyats-obiznanosti-pro-rak-shyjky-matky/> (дата звернення: 01.06.2026).
12. American Cancer Society cervical cancer screening guidelines. American Cancer Society. URL: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/cervical-cancer-screening-guidelines.html> (дата звернення: 01.06.2026).
13. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L. et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. The Lancet Global Health. 2020. Vol. 8, Issue 2. P. e191-e203.

- URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7025157/> (дата звернення: 01.06.2026).
14. Arbyn M., Xu L., Simoens C., Martin-Hirsch P. P. L. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. Issue 5. Art. No.: CD009069. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30495978/> (дата звернення: 01.06.2026).
 15. Brisson M., Kim J. J., Canfell K. et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. The Lancet. 2020. Vol. 395, Issue 10224. P. 575-590. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/brisson-et-al-2020-uploaded.pdf> (дата звернення: 01.06.2026).
 16. Carcinogenic human papillomavirus infection. International Agency for Research on Cancer. URL: <https://www.iarc.who.int/reference/carcinogenic-human-papillomavirus-infection> (дата звернення: 01.06.2026).
 17. Cervical cancer. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-%28hpv%29-and-cervical-cancer> (дата звернення: 01.06.2026).
 18. Cervical Cancer Elimination Initiative. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative> (дата звернення: 01.06.2026).
 19. Cervical Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 18. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2022. URL: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervical-Cancer-Screening-2022> (дата звернення: 01.06.2026).
 20. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2014.

- URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548953> (дата звернення: 01.06.2026).
21. Cost-effectiveness of HPV vaccination in 195 countries: a meta-regression analysis. PLOS Medicine. 2021.
URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8687557/> (дата звернення: 01.06.2026).
 22. de Sanjose S., Quint W. G. V., Alemany L. et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. The Lancet Oncology. 2010. Vol. 11, Issue 11. P. 1048-1056.
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20952254/> (дата звернення: 01.06.2026).
 23. Drolet M., Bénard É., Pérez N., Brisson M. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2019. Vol. 394, Issue 10197. P. 497-509.
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31972130/> (дата звернення: 01.06.2026).
 24. Europe's Beating Cancer Plan. European Commission.
URL: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/europes-beating-cancer-plan_en (дата звернення: 01.06.2026).
 25. Exploring awareness, attitudes and clinical practices of Ukrainian health professionals regarding human papillomavirus and vaccination: a qualitative study. BMJ Open. 2025.
URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12612734/> (дата звернення: 01.06.2026).
 26. Falcão M., Castañón A., Ndlela B. et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. The Lancet. 2021. Vol. 398, Issue 10316. P. 2084-2092.

- URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34741816/> (дата звернення: 01.06.2026).
27. Global Cancer Observatory. Cervix uteri. Fact sheet. GLOBOCAN 2022. International Agency for Research on Cancer. URL: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf> (дата звернення: 01.06.2026).
28. Global Cancer Observatory. Ukraine. Fact sheet. GLOBOCAN 2022. International Agency for Research on Cancer. URL: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/804-ukraine-fact-sheet.pdf> (дата звернення: 01.06.2026).
29. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> (дата звернення: 01.06.2026).
30. Global, regional, and national disease burden and economic costs of cervical cancer, 1991-2021: a multidimensional data synthesis analysis. Frontiers in Public Health. 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12461291/> (дата звернення: 01.06.2026).
31. Human papillomavirus and cancer. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer> (дата звернення: 01.06.2026).
32. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Safety. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/vaccine-safety/vaccines/hpv.html> (дата звернення: 01.06.2026).
33. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. National Cancer Institute. URL: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet> (дата звернення: 01.06.2026).
34. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Weekly Epidemiological Record. 2022. No. 50. P. 645-672.

- URL: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672> (дата звернення: 01.06.2026).
35. Immunizing against HPV. World Health Organization.
URL: <https://www.who.int/activities/immunizing-against-hpv/immunizing-against-hpv> (дата звернення: 01.06.2026).
36. Lei J., Ploner A., Elfström K. M. et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 383. P. 1340-1348. URL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1917338> (дата звернення: 01.06.2026).
37. Proposal for a Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC : annex. European Commission. Brussels, 20.09.2022. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_annex_en.pdf (дата звернення: 01.06.2026).
38. Role of human papillomaviruses in carcinogenesis. International Agency for Research on Cancer. URL: <https://www.iarc.who.int/reference/role-of-human-papillomaviruses-in-carcinogenesis/> (дата звернення: 01.06.2026).
39. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018. Vol. 320, Issue 7. P. 674-686. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2697704> (дата звернення: 01.06.2026).
40. Screening for cervical cancer. World Health Organization.
URL: <https://www.who.int/activities/screening-for-cervical-cancer/screening-for-cervical-cancer> (дата звернення: 01.06.2026).
41. STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2020.
URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/2019_STEPS_stat.pdf (дата звернення: 01.06.2026).

42. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021. Vol. 71, Issue 3. P. 209-249. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/> (дата звернення: 01.06.2026).
43. The human papillomavirus family and its role in carcinogenesis. International Agency for Research on Cancer. URL: <https://www.iarc.who.int/reference/the-human-papillomavirus-family-and-its-role-in-carcinogenesis/> (дата звернення: 01.06.2026).
44. The State of Health of HPV vaccination programmes in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control. 2026. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/state-health-hpv-vaccination-programmes-eueea> (дата звернення: 01.06.2026).
45. Ukraine adds HPV vaccine to the national immunization schedule. World Health Organization. 10 March 2026. URL: <https://www.who.int/ukraine/news/item/10-03-2026-ukraine-adds-hpv-vaccine-to-the-national-immunization-schedule> (дата звернення: 01.06.2026).
46. Ukraine: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. URL: https://hpvcentre.net/statistics/reports/UKR_FS.pdf (дата звернення: 01.06.2026).
47. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> (дата звернення: 01.06.2026).

Протокол аналізу звіту подібності науковим керівником

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

Автор: Ольга Михайлівна Скоробогата

Співавтор:

Назва: Скринінг та вакцинація проти вірусу папіломи людини як складові системи громадського здоров'я у профілактиці раку шийки матки

Науковий керівник: Микола Петрович Дейкун

Підрозділ: National University "Chernihiv Collegium"

Коефіцієнт подібності 1: 2.6%

Коефіцієнт подібності 2: 0.36%

Мікропробіли: 94

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Білі знаки: 0

Дата створення звіту: 2026-06-17 09:49:16.0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

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

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

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

Обґрунтування:

Дата

15.06.26

експерт





Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Скринінг та вакцинація проти вірусу папіломи людини як складові системи громадського здоров'я у профілактиці раку шийки матки

Автор

Ольга Михайлівна Скоробогата

Науковий керівник / Експерт

Микола Петрович Дейкун

ІД документу

334348397

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

National University "Chernihiv Collegium"

підрозділ

National University "Chernihiv Collegium"

ЗВІТ

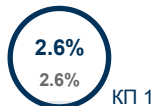
Дата звіту

6/17/2026

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

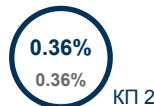
Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1

25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



КП 2

16048

Кількість слів



КЦ

129871

Кількість символів

Тривога

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

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		94
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		11

Джерела

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

10 найдовших фраз

Колір тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	--	---

1	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	32 (0.2 %)
2	Зміни гематологічних та біохімічних показників крові карася звичайного (Carassius carassius) за дії мікотоксинів 12/11/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	26 (0.16 %)
3	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	19 (0.12 %)
4	281 Рудницький Анатолій Ігорович 11/26/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	19 (0.12 %)
5	Domchuk_mahistr 5/20/2026 Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)	15 (0.09 %)
6	Harassment as gender discrimination in the field of work Р. Бутинська;	13 (0.08 %)
7	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 11/14/2023 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	11 (0.07 %)
8	Самооцінка як чинник мотивації до успіху в різних видах професійної діяльності 11/27/2024 Donbas State Pedagogical University (Факультет гуманітарної та економічної освіти)	11 (0.07 %)
9	Domchuk_mahistr 5/20/2026 Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)	10 (0.06 %)
10	Domchuk_mahistr 5/20/2026 Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)	10 (0.06 %)

База даних RefBooks (0.12 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

джерело: Paperity

1	Harassment as gender discrimination in the field of work Р. Бутинська;	13 (1) (0.08 %)
2	Information and Legal Issues in the Context of the Sustainable Development Concept І.М. ДОРОНІН, В.В. БЄЛСВЦЕВА;	7 (1) (0.04 %)

Домашня база даних (0.57 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

3

Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я:
міждисциплінарний підхід
6/17/2025
National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")

65 (4) (0.41 %)

4

Зміни гематологічних та біохімічних показників крові карася звичайного (Carassius carassius) за дії мікотоксинів
12/11/2025
National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")

26 (1) (0.16 %)

Програма обміну базами даних (1.91 %)



ЗАГОЛОВОК

КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ
(ФРАГМЕНТІВ)

5

Domchuk_mahistr
5/20/2026
Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)

128 (17) (0.8 %)

6

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА на тему: «ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ
ОНКОЛОГІЧНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШИЙКИ МАТКИ»
5/14/2024
National University of Pharmacy (NUPH)

36 (6) (0.22 %)

7

ГОРДІЄНКО АВ магістерська робота
5/22/2024
Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)

23 (3) (0.14 %)

8

281 Рудницький Анатолій Ігорович
11/26/2024
Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)

19 (1) (0.12 %)

9

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
11/14/2023
Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)

18 (2) (0.11 %)

10

Дипломна Чудінов_
5/17/2024
Uzhhorod National University (Department)

16 (3) (0.1 %)

11

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ
РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН:
РАК ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
2/29/2024
Poltava State Medical University (PSMU)

13 (2) (0.08 %)

12

Бузницька О.В. магістерська робота.doc
1/12/2024
Interregional Academy of Personnel Management (Харківський інститут)

12 (2) (0.07 %)

13

Самооцінка як чинник мотивації до успіху в різних видах професійної діяльності
11/27/2024
Donbas State Pedagogical University (Факультет гуманітарної та економічної освіти)

11 (1) (0.07 %)

14

KNMU/112137936385202017568716606610183474451.pdf
9/28/2017
Kharkiv National Medical University (KNMU) (Науковий відділ ХНМУ)

10 (2) (0.06 %)

15

Готовність жінок до проходження скринінгу молочної залози та шийки матки
2/17/2026
Transcarpathian Small Academy of Sciences (Transcarpathian Small Academy of Sciences)

9 (1) (0.06 %)

- 16

Дідик НД_стаття
5/1/2024
Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")

7 (1) (0.04 %)
- 17

Хожило, Липовська
5/27/2025
V. N. Karazin Kharkiv National University (KKNU) (ННІ Інститут державного управління)

5 (1) (0.03 %)

Інтернет



#	ДЖЕРЕЛО URL	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-------------	--



Список прийнятих фрагментів

#	ЗМІСТ	КІЛЬКІСТЬ ОДНАКОВИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-------	---------------------------------------