Щорічний звіт
про стан здоров’я населення України та епідемічну ситуацію за 2025 рік

Київ, 2026

Зміст

Список скорочень та визначень **3**
Резюме **5**
Розділ 1. Міграційні та демографічні процеси в Україні у 2025 році та їх вплив на систему охорони здоров'я та показники захворюваності. **6**
1.1.Демографічна ситуація. 6
1.2. Міграційні процеси: масштаби, структура і наслідки. 7
1.3. Вплив демографічної ситуації та міграційних процесів на систему охорони здоров'я. 9
1.4. Висновки. 10
Розділ 2. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я та кадрового забезпечення: сучасний стан і основні тенденції. **11**
2.1. Трансформація мережі закладів охорони здоров'я 11
2.2. Методологічні особливості оцінки та обмеження статистичного обліку кадрового забезпечення. 13
2.3. Стан та основні тенденції кадрового забезпечення системи охорони здоров'я. 13
2.4. Кадрове забезпечення Центрів контролю профілактики хвороб та їх структурних підрозділів. 17
2.5. Висновки. 19
Розділ 3. Репродуктивне здоров'я. Медична допомога вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим. **20**
3.1. Формування репродуктивного здоров'я. 20
3.2 Регіональні особливості мережі ЗОЗ, які надавали перинатальну допомогу в Україні у 2025 р. 24
3.3 Здоров'я вагітних та якість антенатального спостереження. 26
3.4 Ускладнення пологів. 27
3.5 Здоров'я новонароджених. 29
3.5. Висновки. 33
Розділ 4. Епідемічна ситуація з інфекційних хвороб в Україні. **35**
4.1. Загальна характеристика інфекційних хвороб в Україні за 2023-2025 рр. 35
4.2. Результати епідемічного сезону з грипу та ГРВІ, 2024-2025 рр 43
4.3. Спалахи інфекційних хвороб. 46
4.4. Охоплення населення профілактичними щепленнями. 48
4.5. Інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. 53
4.6. Захворюваність на туберкульоз 55
4.7. Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД. 58
4.8. Висновки. 62
Розділ 5. Розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР). **64**
Розділ 6. Лікування пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я України. **68**
6.1. Загальне стаціонарне лікування пацієнтів 68
6.2. Динаміка стаціонарної захворюваності в межах розділу «Хвороби системи кровообігу (код I00–I99)». 72
6.3. Хірургічна активність стаціонарів. 78
6.4. Висновки. 81
Розділ 7. Травматизм в Україні. **82**
7.1. Травматизм внаслідок дорожньо-транспортних пригод. 82
7.2. Стаціонарна допомога при травмах. 83
7.3 Травматизм у дітей. 86
Розділ 8. Аналіз особливостей і структури захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні за 2025 р. **89**
8.1 Стан захворюваності на злоякісні новоутворення. 89
8.2 Рання діагностика 91
8.3 Лікування та медичне спостереження 93
8.4. Висновки 94
Розділ 9. Стан забруднення атмосферного повітря та результати оцінки впливу на здоров'я населення. **95**
9.1. Загальна характеристика стану забруднення атмосферного повітря. 95
9.2. Суб'єкти моніторингу атмосферного повітря. 95
9.3. Вплив забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення. 96
9.4. Аналіз забруднення атмосферного повітря в Україні за 2025 р. Оцінка канцерогенних та неканцерогенних ризиків. 97
9.5. Оцінка тягаря хвороб (DALY), економічних втрат та ключових показників ефективності у сфері якості атмосферного повітря 107
9.6. Висновки. 108
Список використаних джерел: **110**

Список скорочень та визначень

AST — тестування чутливості до антимікробних препаратів
ECDC — Європейський центр з профілактики та контролю захворювань
CRE — Enterobacterales, резистентні до карбапенемів
ESBL — β-лактамази розширеного спектра
MRSA — метицилін-резистентний Staphylococcus aureus
SIR — категорії чутливості (S — чутливий, I — чутливий при підвищеній експозиції, R — резистентний)
VRE — ванкоміцин-резистентні Enterococcus spp.
АРТ – антиретровірусна терапія;
АМР — антимікробна резистентність
АЛЗ — антимікробні лікарські засоби
ВАРІТ — відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВПО – внутрішньо переміщені особи;
ГІВДШ – гострі інфекції верхніх дихальних шляхів;
ГКІ – гострі кишкові інфекції;
ГПЗ – грипоподібні захворювання;
ГРІ – гострі респіраторні інфекції;
ДІ — довірчий інтервал
ЗН – злоякісні новоутворення;
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;
ІЗА – індекс забруднення атмосферного повітря;
ІПНМД – інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги;
ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом;
ІОХВ — інфекції області хірургічного втручання
КАІК — катетер-асоційована інфекція кровотоку
КАІСШ — катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів
КМУ – Кабінет Міністрів України;
ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ;
ЛЗП-СЛ – лікарі загальної практики – сімейні лікарі;
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;
НСЗУ – Національна служба здоров'я України;
ООН – Організація об'єднаних націй;
ОРІПНМД — одномоментна розповсюдженість ІПНМД
ПАР – психоактивні речовини;
ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція;
ПІІК — профілактика інфекцій та інфекційний контроль
СЕМ – сероепідеміологічний моніторинг за поширеністю ВІЛ;
СМП – середній медичний персонал;
ТБ – туберкульоз;
ТГРІ – тяжкі гострі респіраторні інфекції;
ЦГЗ – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
ЦКПХ – обласні та Київський міський центри контролю та профілактики хвороб МОЗ України;

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги;

неканцерогенний ризик (Коефіцієнт небезпеки HQ) – відношення діючої дози / концентрації хімічної речовини до її безпечного / референтного / рівня впливу;

індекс небезпеки – сума коефіцієнтів небезпеки для речовин з однорідним механізмом дії або сума коефіцієнтів небезпеки для різних шляхів надходження хімічної речовини;

одиничний ризик (UR) – верхня межа додаткового ризику протягом життя, який обумовлений впливом хімічної речовини в концентрації 1 мкг/м^3 (за інгаляційного шляху надходження з атмосферного повітря);

популяційний ризик – агрегована міра очікуваної частоти ефектів серед всіх людей, які зазнали впливу (наприклад, 20 випадків захворювання на рак у популяції окремого району, міста тощо);

референтна концентрація (RfC) – концентрація, безперервний щоденний вплив якої протягом життя на населення (включаючи чутливі групи), ймовірно, не призведе до виникнення несприятливих неракових ефектів у здоров'ї;

ризик для здоров'я – ймовірність розвитку негативних наслідків для здоров'я в окремих індивідів або групи осіб, які зазнали певного впливу хімічної речовини. Характеризується величиною, що лежить в інтервалі (0…1), де 0 означає відсутність ефекту, а 1 – обов'язковий його прояв;

середня добова доза впливу речовини протягом життя (LADD) – потенційна добова доза впливу речовини, усереднена за період життя людини (період усереднення експозиції для канцерогенів – 70 років);

фактор канцерогенного потенціалу (SF) – фактор, що характеризує ступінь розвитку канцерогенного ризику зі збільшенням діючої дози на одну одиницю. Цей показник демонструє верхню, консервативну оцінку ризику канцерогенності за очікувану тривалість життя людини (70 років);

… – дані відсутні.

Резюме

Здоров’я – це найвища цінність людини, тому одним із пріоритетних завдань кожної держави є забезпечення оптимальних умов життєдіяльності населення для підтримання їхнього стану здоров’я на найвищому рівні, а також створення умов для тих верств населення, які потребують медичних послуг для якнайшвидшого відновлення і зменшення тягаря хвороб на життя людей.

У звіті представлено узагальнену характеристику стану здоров’я населення України у 2025 р. та основних чинників, що його визначають. Документ містить комплексний аналіз демографічних і міграційних процесів, функціонування системи охорони здоров’я, трансформації мережі закладів, кадрового забезпечення, а також ключових тенденцій захворюваності та надання медичної допомоги.

Значну увагу приділено впливу повномасштабної війни на систему охорони здоров’я, зокрема на доступність медичних послуг, територіальну нерівномірність їх надання, переміщення населення і медичних працівників, а також на повноту та якість статистичних даних. У звіті відображено процес поступового відновлення системи у 2023-2025 рр. після різкого зниження показників у 2022 р.

У межах звіту проаналізовано стан репродуктивного здоров’я, включаючи питання організації перинатальної допомоги, стан здоров’я вагітних і новонароджених, а також ускладнення пологів. Окремий блок присвячений епідемічній ситуації з інфекційних хвороб, зокрема грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій, туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів, кишкових інфекцій та інфекцій, керованих засобами специфічної імунопрофілактики, включаючи питання охоплення щепленнями та внутрішньолікарняних інфекцій.

Також у звіті розглянуто проблему розладів психіки та поведінки, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, із оцінкою їх поширеності та можливих обмежень статистичного обліку. Значну увагу приділено аналізу захворюваності на злоякісні новоутворення, включаючи регіональні особливості, ранню діагностику, лікування та медичне спостереження.

Окремі розділи присвячені аналізу стаціонарної медичної допомоги, зокрема структурі госпіталізацій, динаміці серцево-судинних захворювань, показникам госпітальної летальності, тривалості лікування та хірургічній активності. Досліджено також рівень травматизму, у тому числі внаслідок дорожньо-транспортних пригод, і особливості надання медичної допомоги при травмах, включаючи дитяче населення.

Важливим компонентом звіту є оцінка впливу екологічних чинників на здоров’я населення, зокрема аналіз стану забруднення атмосферного повітря, оцінка ризиків для здоров’я та тягаря хвороб, пов’язаного з впливом довкілля.

Наведена у звіті інформація базується на даних державної статистичної звітності та інших доступних джерелах і відображає як загальнонаціональні тенденції, так і регіональні особливості. Отримані результати можуть бути використані для інформаційно-аналітичного забезпечення управлінських рішень, планування ресурсів і розробки державних та регіональних програм, спрямованих на підвищення доступності та якості медичної допомоги та покращення стану здоров’я населення України.

Частина показників у звіті розрахована на основі даних Державної служби статистики із використанням чисельності постійного населення України станом на 01.01.2022, яка офіційно не переглядалася протягом останніх трьох років.

Розділ 1. Міграційні та демографічні процеси в Україні у 2025 році та їх вплив на систему охорони здоров'я та показники захворюваності.

1.1. Демографічна ситуація.

У 2025 р. оцінка демографічних показників та стану здоров'я населення України здійснюється в умовах суттєвих статистичних обмежень, зумовлених дією воєнного стану. З урахуванням управлінських рішень щодо безпеки даних, Державна служба статистики України тимчасово обмежила оприлюднення частини офіційної демографічної статистики. Додатковими обмежуючими чинниками є відсутність актуального перепису населення та неповнота даних з тимчасово окупованих територій, що унеможливлює формування повністю репрезентативних міжрічних оцінок.

У зв'язку з цим офіційною базою для розрахунку показників у системі охорони здоров'я залишається затверджена демографічна структура населення станом на 01.01.2022 року. Використання саме цієї бази є методологічно обґрунтованим, оскільки вона є останньою верифікованою та повною статистичною оцінкою, сформованою за умов функціонування стандартної державної системи статистичного спостереження. Застосування єдиної бази забезпечує порівнюваність показників у динаміці, унеможливлює викривлення індикаторів здоров'я внаслідок різкої зміни чисельності населення та відповідає міжнародній практиці використання стабільних базових популяцій в умовах кризових або надзвичайних ситуацій.

Відповідно до зазначеної офіційної бази, чисельність наявного населення України (без урахування тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим та м. Севастополя) станом на 01.01.2022 року становила близько 41 млн осіб. Водночас аналітичні оцінки Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України свідчать про суттєве скорочення фактичної чисельності населення внаслідок демографічних втрат і міграційних процесів: у 2023 р. – до приблизно 31–32 млн осіб, у 2024 р. – до 30–31 млн осіб, у 2025 р. – орієнтовно до 29–30 млн осіб на підконтрольній території. Зазначені оцінки мають розрахунковий характер і використовуються як аналітичний інструмент для інтерпретації тенденцій, але не застосовуються як офіційна база для розрахунку показників охорони здоров'я.

Додатковим індикативним джерелом оцінки чисельності населення є електронна система охорони здоров'я. У 2023-2025 рр. кількість осіб, які уклали декларації з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, стабільно становить близько 30 млн осіб. Разом з тим цей показник не є тотожним фактичній чисельності населення, оскільки включає осіб, які можуть тимчасово перебувати за межами України, а також не повною мірою охоплює окремі соціально вразливі або мобільні групи населення. У зв'язку з цим дані електронної системи охорони здоров'я використовуються як допоміжний аналітичний індикатор, тоді як офіційні медико-статистичні розрахунки здійснюються на основі затвердженої демографічної бази.

За офіційними даними Міністерства юстиції України, у 2023 р. зареєстровано 187 387 живонароджених та понад 490 000 смертей, що демонструє перевищення смертності над народжуваністю у 2,6–2,7 раза. У 2024 р. народжуваність знизилася до 176 679 осіб, при цьому смертність залишалася високою – 495 090 осіб, що у 2,8 раза перевищує кількість народжених. За підсумками 2025 р. демографічна ситуація характеризується від'ємним природним приростом населення, збереженням високого рівня смертності та подальшим зниженням народжуваності. За весь 2025 р. в Україні було зареєстровано 168 778 живонароджених, водночас померло 485 296 осіб, що підтверджує стійку тенденцію демографічного дисбалансу, сформованого упродовж останніх років війни та демографічної кризи. Народжуваність скоротилася приблизно на 4,5 % порівняно з 2024 р., тоді як смертність зменшилася на близько 2 %, що свідчить про поступове спадання абсолютних показників, але збереження значного дисбалансу. Загальний коефіцієнт народжуваності на 1 000 осіб у 2024 р. становив 4,31, у 2023 р. цей коефіцієнт вже склав 4,12, що є одним із найнижчих показників за останні десятиліття. Демографічний показник народжуваності залишається серед найнижчих у Європі: співвідношення смертей до народжень – майже 3 померлих на одного новонародженого (2,88 у

2025 р.), що суттєво перевищує рівноважні значення для стабільного природного відтворення населення.

Смертність в Україні залишається високою: до 2019 р. реєструвалося близько 580 тис. випадків на рік, у 2020 р. – понад 600 тис., у 2022 р. – 714 тис., у перший рік повномасштабного вторгнення рф – 540 тис., у 2023 р.– 496,2 тис., у 2024 р. – 495 тис., що у 2,8 рази перевищує народжуваність. Високий рівень смертності зумовлений віковою структурою населення, накопиченим тягарем хронічних неінфекційних захворювань та впливом воєнних факторів.

Системне перевищення смертності над народжуваністю, скорочення чисельності жінок репродуктивного віку, масштабна зовнішня міграція та відтермінування народжень через соціально-економічну нестабільність і воєнні фактори формують стійке природне скорочення населення, що зумовлює звужений тип відтворення та відсутність передумов для демографічної стабілізації у середньостроковій перспективі.

Демографічні зміни безпосередньо впливають на систему охорони здоров'я. Зростає навантаження на заклади охорони здоров'я, підвищується потреба у лікуванні хронічних і неінфекційних захворювань, реабілітації, догляді за особами похилого віку та профілактичних заходах, спрямованих на збереження функціональних можливостей і якості життя. Одночасно зміни у структурі населення формують підвищену потребу у психіатричній та психосоціальній підтримці, враховуючи тривалий стрес, втрату житла, розлуку з родинами та невизначеність майбутнього.

У цілому демографічна ситуація в Україні у 2025 р. характеризується скороченням чисельності населення, високою смертністю, низькою народжуваністю та структурними змінами вікової структури. Ці процеси мають системний характер, безпосередньо впливають на формування структури потреб у медичних послугах та планування ресурсів системи охорони здоров'я. Аналітична оцінка демографічних показників вимагає врахування статистичних обмежень та інтеграції даних із різних джерел для забезпечення обґрунтованого прийняття управлінських рішень.

Таблиця 1.1. Демографічні показники, Україна, 2024-2025 рр.*

Рік	Кількість живонароджених (осіб)	Відсоткова зміна народжуваності	Кількість померлих (осіб)	Відсоткова зміна смертності	Співвідношення смертності до народжуваності (раз)	Загальний коефіцієнт народжуваності на 1 000 осіб
2024	176 679	−5,8 %	495 090	+1,0 %	2,8	4,31
2025	168 778	−4,5 %	485 296	−2,0 %	2,9–3,0	4,12

***** Дані охоплюють тільки підконтрольну територію України.

1.2. Міграційні процеси: масштаби, структура і наслідки.

У 2025 р. мобільність населення залишається одним із центральних чинників, що формують демографічну, соціальну та медико-санітарну ситуацію в Україні. Масштабні переміщення громадян унаслідок повномасштабної збройної агресії російської федерації, а також внутрішні та зовнішні міграційні потоки, продовжують впливати на розподіл населення, доступність медичних та соціальних послуг, структуру захворюваності і навантаження на систему охорони здоров'я.

Станом на кінець 2023 р. кількість українців, які тимчасово перебували за межами країни у статусі осіб, що потребують міжнародного захисту (біженців), становила більше 6,3 млн осіб, тоді як внутрішньо переміщених осіб (ВПО) залишалося близько 3,7 млн – це одні з найвищих показників у світовому контексті гуманітарних криз.

У 2024 р. ці показники мали тенденцію до збереження: за оцінками міжнародних організацій, чисельність ВПО в Україні залишалася на рівні приблизно 3,7 млн осіб, тоді як

кількість громадян України за кордоном у статусі біженців оцінювалася на рівні близько 6,7 млн осіб.

Станом на кінець 2025 р. чисельність внутрішньо переміщених осіб залишалася на рівні близько 3,7 млн осіб, що свідчить про стійкий характер внутрішньої мобільності населення. Зовнішня міграційна складова також зберігає значні обсяги, при цьому дані щодо точних кількісних показників громадян України за кордоном у 2025 р. уточнюються відповідними міжнародними та національними реєстрами.

Структурно переміщення населення в Україні охоплює кілька взаємопов'язаних компонентів:

- Внутрішнє переміщення: тривала внутрішня мобільність, що зумовлена безпековими, економічними та соціальними причинами, призводить до концентрації ВПО у відносно безпечних регіонах та адміністративних центрах, створюючи значні навантаження на місцеві системи охорони здоров'я, соціального забезпечення та інфраструктури.
- Зовнішня міграція: значна кількість громадян України виїхала за кордон для забезпечення безпеки, економічної стабільності та доступу до соціальних і медичних послуг. Це формує великий пул осіб, що проживають у державах-партнерах з відповідним статусом тимчасового захисту або іншими юридичними підставами для перебування.
- Повернення та циркуляційна мобільність: частина громадян повертається до місць постійного проживання, але ці повернення мають умовний та циклічний характер і не формують довгострокову тенденцію стабільної репатріації.

Динаміка переміщення населення має суттєві територіальні наслідки. Внутрішньо переміщені особи зосереджуються передусім у західних, центральних та південних областях країни, що створює нерівномірне навантаження на заклади охорони здоров'я, заклади освіти та соціальної допомоги в цих регіонах. У цих областях відбувається значне зростання потреби у медичній допомозі, зокрема у первинній медичній допомозі, лікуванні хронічних та неінфекційних хвороб, реабілітації, а також у психосоціальній підтримці вимушено переміщених осіб.

Водночас у прифронтових та деокупованих територіях спостерігається зменшення кількості населення, що ускладнює доступ до медичної допомоги через руйнування інфраструктури, нестачу медичних кадрів і дефіцит ресурсів. Це створює значні регіональні диспропорції в доступі до медичної допомоги і потребує диференційованих підходів до планування ресурсів і програм медичного забезпечення.

Аналіз міграційних процесів за період 2023-2025 рр. дозволяє зробити кілька ключових висновків:

1. Стабільність масштабів внутрішнього переміщення: чисельність внутрішньо переміщених осіб залишається постійно високою, що вказує на затяжний характер внутрішньої мобільності населення.

2. Велика кількість громадян за кордоном: чисельність українців, що проживають за межами держави у статусі біженців або під іншими формами міжнародного захисту, протягом періоду 2023-2025 рр. вимірюється мільйонами, що є демонстрацією тривалого впливу війни на структуру населення.

3. Циклічність повернень: повернення частини громадян до місць постійного проживання не формує стійкого тренду та залежить від безпекових, економічних і соціальних умов.

4. Територіальні диспропорції: нерівномірний розподіл населення між регіонами посилює навантаження на окремі системи охорони здоров'я та соціального захисту і вимагає адаптивних регіональних стратегій.

5. Вплив на медичні потреби: переміщення населення спричинює структурну трансформацію попиту на медичні послуги, що включає підвищені потреби у лікуванні хронічних захворювань, психосоціальній підтримці та реабілітації.

Узагальнений аналіз 2023-2025 рр. підтверджує, що міграційні процеси в Україні мають системний характер і суттєво впливають на демографічну динаміку, соціальні структури та функціонування системи охорони здоров'я. Ці процеси потребують комплексного підходу до

планування медичних і соціальних послуг, а також вдосконалення механізмів моніторингу, оцінки впливу на здоров'я та корегування політик на національному та регіональному рівнях.

Таблиця 1.2. Динаміка міграційних процесів в Україні, 2023-2025 рр.*

Рік	Внутрішньо переміщені особи (млн)	Українці за кордоном у статусі біженців / міжнародного захисту (млн)
2023	3,7	≈ 6,3
2024	3,7	≈ 6,7
2025	3,7	≈ 5,8

*Дані наведено на основі оцінок UNHCR та DTM.

1.3. Вплив демографічної ситуації та міграційних процесів на систему охорони здоров'я.

У 2025 р. демографічні зміни та міграційні процеси суттєво впливають на доступ до медичних послуг, структуру попиту на медичну допомогу і безперервність лікування в Україні. За оцінками *United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)*, приблизно 3,7 млн осіб офіційно ідентифіковано як внутрішньо переміщені, а близько 5,7 млн громадян перебували за кордоном у статусі осіб, що потребують міжнародного захисту, станом на липень 2025 р., в межах гуманітарного контексту війни.

Оцінювання *World Health Organization (WHO)* щодо потреб дорослого населення на підконтрольній території в 2025 р. свідчить, що 93 % домогосподарств знають місцезнаходження закладів первинної медичної допомоги**,** що демонструє загальний рівень обізнаності про наявні медичні послуги, водночас значні розриви у доступності зберігаються серед уразливих груп**,** зокрема внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтових районів.

У дослідженні *WHO Health Needs Assessment* (квітень, 2025 р.) зафіксовано, що попри загальну доступність, виникають перевантаження провайдерів, тривалі черги та обмеження щодо отримання спеціалізованої та хронічної медичної допомоги**.** Водночас охоплення профілактичними послугами значно знижується**,** зокрема щодо питань проведення скринінгів та контролю хронічних станів.

Питання доступу до ліків і реабілітації залишаються системними перешкодами: значна частина домогосподарств повідомляла про труднощі з забезпеченням медикаментами**,** головним чином через підвищення цін і проблеми з доступністю у певних регіонах. Бар'єри у доступі до медичних препаратів відчували не лише внутрішньо переміщені особи, але й місцеві мешканці деяких областей, що вимагає підсилення програм забезпечення лікарських засобів та логістичної підтримки. Аналогічні висновки містить оцінювання *WHO* за жовтень 2024 р.: 8 % домогосподарств стикалися з проблемами отримання медикаментів, а низьке охоплення профілактичними оглядами – у 37 % опитаних, які мали підписані декларації з сімейними лікарями.

Міграційні процеси також зумовлюють комплексні ризики для безперервності лікування – особливо хронічних неінфекційних захворювань. Переміщення та зміна місця проживання без укладених декларацій або з затримками у зверненні до первинної ланки призводить до переривання терапевтичних курсів**,** що підвищує ризики загострень, ускладнень і госпіталізацій. Одночасно значний рівень тривалого стресу, занепокоєння та порушень психічного здоров'я серед населення зберігається, про що свідчить той самий звіт WHO, згідно з яким понад 70 % респондентів за останній рік переживали симптоми тривоги, депресії чи значного стресу, але лише одна п'ята зверталась за професійною допомогою.

Нерівномірний розподіл медичних працівників у контексті внутрішньої та зовнішньої мобільності населення створює додаткові виклики для доступності медичної допомоги. Військова агресія рф порушила доступ до медичної допомоги для мільйонів людей з хронічними та інфекційними захворюваннями, підвищила ризики спалахів хвороб та спричинила зростання потреб у психосоціальній підтримці та фізичній реабілітації.

У підсумку, демографічні зміни та мобільність населення у 2025 р. формують багатовимірний вплив на систему охорони здоров'я:

- надмірне навантаження на заклади первинної та вторинної медичної допомоги у регіонах із високою концентрацією переміщених осіб;
- перешкоди у доступності медичних послуг, особливо для хронічно хворих та ВПО;
- зниження охоплення профілактичними та диспансерними послугами;
- труднощі із забезпеченням медикаментами та реабілітаційними послугами;
- підвищена потреба у психосоціальній підтримці як складовій сучасної медичної допомоги.

Врахування зазначених факторів є необхідною умовою для ефективного планування, адаптації моделей надання медичної допомоги та вдосконалення політик охорони здоров'я, які забезпечують доступність, якість та безперервність медичних послуг для всіх груп населення.

1.4. Висновки.

У 2025 р. демографічні та міграційні процеси є ключовими чинниками, що визначають стан здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я:

- Продовжується природне скорочення населення, при якому рівень смертності стабільно перевищує народжуваність приблизно у співвідношенні 3:1.
- Масштабні внутрішні та зовнішні міграційні потоки формують нерівномірний розподіл населення, що створює додаткове навантаження на регіональні системи охорони здоров'я та соціального забезпечення.
- Зростає потреба у медичних послугах, зокрема у первинній медичній допомозі, лікуванні хронічних захворювань, психіатричній та психосоціальній підтримці, а також у реабілітаційних заходах, що потребує адаптації ресурсів та моделей надання допомоги.
- Нерівномірний доступ до профілактичних програм та порушення імунопрофілактичних заходів підвищують епідеміологічні ризики.
- Війна, висока мобільність населення та структурні демографічні зміни створюють виклики щодо кадрового забезпечення та планування медичних послуг.
- Мобільність населення, тимчасова окупація територій та часткова неповнота статистичних даних ускладнюють збір, обробку та інтерпретацію медико-демографічної інформації, що потребує використання інтегрованих джерел даних для обґрунтованого прийняття управлінських рішень.

Ці висновки визначають основні напрями стратегічного планування системи охорони здоров'я, формування ресурсів та пріоритетів медичних програм для забезпечення доступності, якості та безперервності медичної допомоги для всіх категорій населення.

.

Розділ 2. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я та кадрового забезпечення: сучасний стан і основні тенденції.

У 2020–2025 рр. система охорони здоров'я України функціонувала в умовах суттєвих інституційних та організаційних трансформацій, зумовлених одночасною реалізацією реформи фінансування через НСЗУ та впливом воєнних чинників. Протягом цього періоду відбулося скорочення кількості лікарняних закладів і ліжкового фонду, що супроводжувалося підвищенням інтенсивності використання стаціонарних ресурсів та зростанням рівня госпіталізації.

Зазначені процеси відображають не стільки зменшення масштабів системи, скільки її структурну трансформацію, яка характеризується концентрацією ресурсів у більш спроможних закладах, посиленням ролі контрактної моделі фінансування та розширенням участі приватних надавачів у реалізації Програми медичних гарантій. Водночас такі зміни супроводжуються зростанням навантаження на систему, посиленням регіональних диспропорцій та підвищенням вимог до кадрового забезпечення.

Аналітичні висновки розділу сформовано на основі даних форми звітності № 17 «Звіт про медичні кадри за 20 ___ рік» (річна), затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276, форми звітності № 46-здоров «Звіт про штати санітарно-епідеміологічної (дезінфекційної, протичумної) станції» (річна), затвердженої наказом МОЗ України від 03.05.1999 № 102, № 47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів», затверджена наказом МОЗ України від 27.07.2006 № 524, а також інформаційно-аналітичних панелей (дашбордів) НСЗУ.

2.1. Трансформація мережі закладів охорони здоров'я

У 2020-2025 рр. мережа закладів охорони здоров'я України зазнала суттєвої структурної трансформації, загальна кількість лікарняних закладів, включно із закладами системи МОЗ, інших міністерств і відомств, а також приватного сектору, скоротилася з 1578 у 2020 р. до 1251 у 2025 р. (–20,7%). Основне скорочення відбулося за рахунок закладів системи МОЗ, кількість яких зменшилася з 1302 до 950 (–27%), що свідчить про процеси укрупнення, реорганізації та оптимізації мережі. Водночас кількість приватних закладів у цей період зросла зі 162 до 210 (+29,6%), що відображає поступове посилення ролі приватного сектору у наданні медичних послуг.

Ліжковий фонд у зазначених закладах скоротився з 274 590 до 243 786 (–11,2%), однак це скорочення супроводжувалося зростанням інтенсивності використання наявних ресурсів. Зокрема, середня зайнятість ліжка зросла з 211 днів у 2020 р. до 284 днів у 2025 р., що свідчить про підвищення навантаження на стаціонарний сектор. Додатковим підтвердженням цієї тенденції є зростання інтенсивного показника госпіталізації з 14,1 до 20 випадків на 100 жителів. Водночас середня тривалість лікування скоротилася з 10 до 8,4 днів, що може вказувати як на підвищення ефективності лікувального процесу, так і на необхідність оптимізації використання ліжкового фонду в умовах зростаючого навантаження.



Рис. 2.1. Кількість стаціонарних закладів охорони здоров'я



Рис. 2.2 Загальний ліжковий фонд закладів охорони здоров'я

* Дані щодо інших міністерств і відомств, а також від приватних установ за 2021 рік не збиралися відповідно до положень Закону України «Про захист інтересів суб'єктів подання звітності та інших документів у період дії воєнного стану або стану війни».

Паралельно відбувалися зміни у секторі амбулаторної допомоги. У 2025 р. мережа закладів, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах (у тому числі стоматологічну), налічувала 4383 установи, залишившись на рівні 2024 р. Водночас це на 439 закладів менше у порівнянні з 2020 р. (4822 заклади), що свідчить про помірну оптимізацію мережі первинного контакту з пацієнтом.

Варто зазначити, що у 2024-2025 р. загальна кількість амбулаторно-поліклінічних закладів залишалася стабільною, однак відбулися внутрішні структурні зміни: кількість закладів, які перебувають у сфері управління МОЗ скоротилася на 59, тоді як у приватному секторі, навпаки, зросла на аналогічну величину.

Крім того, у 2025 р. медичну допомогу забезпечували 5301 приватний кабінет, з яких 3073 – стоматологічні, що частково компенсує скорочення інституційної мережі.

Зниження показника відвідуваності (з 6,1 відвідування на одного жителя у 2020 р. до 5,4 у 2024 р. та 5,0 у 2025 р.) відображає трансформацію моделей взаємодії населення з системою охорони здоров'я. Це узгоджується з даними НСЗУ, які свідчать про перерозподіл навантаження у бік електронних консультацій, повторних звернень та пакетного підходу до надання послуг, що зменшує кількість формальних відвідувань без фактичного зниження обсягу медичної допомоги.

Окремою тенденцією є зміни у функціонуванні денних стаціонарів. У 2025 р. кількість закладів системи МОЗ, у структурі яких функціонували денні стаціонари, становила 991 одиницю (у 2024 р. – 1092), а ліжковий фонд скоротився з 28 425 до 25 019 ліжок. Відповідно зменшився і обсяг наданої допомоги: у 2025 р. – 945 326 пацієнтів проти 1124921 у 2024 р., що може свідчити як про зміну організаційних підходів до надання допомоги, так і про перерозподіл потоків пацієнтів.

Кількість викликів екстреної медичної допомоги у 2025 р. становила 4 680 634, що на 186 287 випадків (–4,0%) менше порівняно з 2024 р. (4 866 921), що також відображає зміну структури попиту на медичні послуги.

У цілому зазначені зміни свідчать про оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я та перерозподіл функціонального навантаження між різними рівнями надання медичної допомоги, з акцентом на розвиток первинної та амбулаторної ланки, а також впровадження нової моделі фінансування.

Дані дашбордів НСЗУ підтверджують, що відбувається не стільки скорочення системи, скільки її функціональне переформатування. У 2025 р. в системі Програми медичних гарантій функціонувало близько 3,7 тис. надавачів медичних послуг, що свідчить про збереження широкої мережі, однак із суттєвими змінами її структури.

Зокрема, за даними НСЗУ, відбувається:

- зменшення частки багатопрофільних лікарень у загальній структурі надавачів;
- зростання ролі амбулаторної та первинної ланки;
- збільшення частки приватних надавачів та ФОП у системі контрактування;
- концентрація обсягів послуг у відносно невеликій кількості потужних закладів.

Таким чином, формується модель «контрактної мережі», у межах якої доступ до фінансування та обсягів медичних послуг визначається не адміністративною підпорядкованістю, а спроможністю закладу відповідати вимогам НСЗУ. Ключовим чинником такої спроможності виступає наявність достатнього кадрового ресурсу, його професійна структура та здатність забезпечувати безперервність надання медичних послуг.

Водночас зазначені трансформаційні процеси супроводжуються низкою системних викликів, що впливають на доступність і сталість надання медичної допомоги. Збереження загальної мережі надавачів за умов скорочення кількості лікарняних закладів і ліжкового фонду свідчить про перерозподіл функціонального навантаження між рівнями медичної допомоги. Це, у свою чергу, підвищує вимоги до кадрового забезпечення та організаційної спроможності закладів охорони здоров'я.

2.2. Методологічні особливості оцінки та обмеження статистичного обліку кадрового забезпечення.

Чинна система звітності обмежено відображає процеси, передбачені Законом України «Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану» (із змінами), зокрема щодо призупинення дії трудових договорів, організації праці, внутрішньої та зовнішньої мобільності працівників, а також застосування гнучких форм зайнятості.

У зв'язку з цим окремі статистичні показники, включаючи кількість зайнятих посад, рівень укомплектованості та чисельність фактично працюючих працівників, особливо в регіонах, де ведуться (велися) активні бойові дії або які зазнали значних міграційних втрат, можуть не повною мірою відображати фактичний стан кадрового забезпечення та містити відхилення від реальної ситуації.

Додатковими факторами, що впливають на достовірність показників, є внутрішнє переміщення населення, тимчасова релокація закладів охорони здоров'я, залучення працівників до виконання обов'язків поза основним місцем роботи, а також випадки формального збереження трудових відносин за відсутності фактичного виконання трудових функцій.

З огляду на це актуалізується потреба у вдосконаленні підходів до збору та обробки статистичної інформації щодо кадрових ресурсів, зокрема шляхом інтеграції даних про фактичну зайнятість, статус трудових відносин та мобільність працівників. У цьому контексті у 2026 р. передбачено оновлення підходів до формування звітності щодо кадрового забезпечення, зокрема внесення змін до форми звітності № 17 «Звіт про штат працівників та кадри за 20__ рік», затвердженої наказом МОЗ України від 26.08.2025 № 1337, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 15 жовтня 2025 року за № 1491/44897.

Враховуючи відсутність актуальних даних щодо чисельності населення України, зокрема з урахуванням міграції та існування тимчасово окупованих територій, розрахунок показників забезпеченості також має певні похибки.

За даними НСЗУ (інформаційно-аналітичні дашборди), зберігається розрив між формальною наявністю медичних працівників у закладах та їх фактичним залученням до надання послуг. Це проявляється у концентрації медичних послуг у відносно невеликої частини лікарів, зростанні індивідуального навантаження на лікаря та поширенні практики мультипрофільності (коли один лікар забезпечує кілька пакетів послуг).

Додатково, за даними НСЗУ, однією з ключових системних проблем, що впливають на виконання договорів про медичне обслуговування, є недостатність кадрового забезпечення, яка фіксується як фактор обмеження доступності послуг у низці регіонів (дані моніторингових звітів НСЗУ за 2024-2025 рр.).

2.3. Стан та основні тенденції кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

На кадровий потенціал у сфері охорони здоров'я в останні роки істотно вплинули пандемія COVID-19 та повномасштабна війна. Ці фактори призвели до професійного вигорання, підвищених ризиків для життя, руйнування медичної інфраструктури, вимушеної міграції медичних працівників та загального зменшення кадрових ресурсів.

В цілому по країні за 2020-2025 рр. спостерігається зниження показника забезпеченості лікарями (з 43,4 до 37,2 на 10 тис. населення). Забезпеченість лікарями в закладах системи МОЗ знизилась з 35,6 у 2021 р. до 30,0 у 2025 р., також має тенденцію до зниження показник укомплектованості як штатних посад зайнятими посадами (з 83,8% у 2021 р. до 78,7% у 2025 р.), так і укомплектованості штатних посад фізичними особами (з 80,0% до 76,6% відповідно). Аналогічна тенденція спостерігається і серед середнього медичного персоналу, що свідчить про загальне послаблення кадрового потенціалу системи.

Розвиток кадрового потенціалу характеризується тенденцією до зниження співвідношення чисельності середнього медичного персоналу до чисельності лікарів у закладах охорони здоров'я: по Україні цей показник становить 1,72 особи у 2020 р. та 1,51 у 2025 р.. Динаміка показників забезпеченості населення лікарями та середнім медичним персоналом має стійку тенденцію до зниження (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Забезпеченість лікарями (штатні посади та фізичні особи) в розрізі регіонів в закладах системи МОЗ України у 2021 р. 2025 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення				Забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. населення			
	штатними посадами		фізичними особами		штатними посадами		фізичними особами	
	2021р.	2025р.	2021р.	2025р.	2021р.	2025р.	2021р.	2025р.
Україна	**43,87**	**39,18**	**35,10**	**30,01**	**72,26**	**60,31**	**63,72**	**49.43**
АР Крим	…	…	…	…	…	…	…	…
Вінницька	50,37	47,81	44,85	40,57	79,94	70,78	76,80	64,53
Волинська	42,94	43,20	33,66	34,25	77,80	72,45	78,73	67,82
Дніпропетровська	48,83	44,44	35,54	31,27	76,93	67,29	61,31	51,61
Донецька	45,26	27,78	28,36	10,86	75,14	44,74	64,0	15,34
Житомирська	43,94	42,96	33,16	31,52	84,76	75,04	80,01	68,81
Закарпатська	34,30	34,93	31,10	29,28	61,32	52,96	62,01	47,11
Запорізька	54,80	36,18	41,57	25,88	86,10	46,32	68,30	34,84
Івано-Франківська	51,60	52,82	51,95	48,44	80,54	75,92	83,60	70,15
Київська	43,32	41,90	31,00	29,03	77,72	65,73	60,41	50,25
Кіровоградська	44,80	43,91	29,53	30,12	87,43	79,98	76,35	67,37
Луганська	40,60	23,61	27,70	10,51	74,73	44,09	66,50	20,20
Львівська	49,93	48,02	47,81	44,78	77,80	68,17	76,06	63,71
Миколаївська	39,42	36,25	26,67	24,36	71,82	61,12	59,55	51,54
Одеська	46,50	43,31	38,98	33,20	72,94	66,26	58,54	48,26
Полтавська	52,59	48,63	43,10	40,22	88,49	77,31	58,54	67,72
Рівненська	43,94	45,00	35,72	35,25	81,10	75,19	82,07	73,67
Сумська	46,07	44,06	35,53	31,69	87,92	78,09	81,68	68,96
Тернопільська	53,47	53,53	47,57	46,20	87,41	78,13	85,36	71,47
Харківська	50,26	40,94	40,80	28,01	73,71	64,61	60,60	46,25
Херсонська	39,78	20,90	26,66	11,89	74,64	38,63	63,12	26,46
Хмельницька	45,56	44,23	37,32	34,81	80,61	73,15	78,08	67,20
Черкаська	42,92	41,19	31,83	31,12	88,02	78,67	76,28	66,70
Чернівецька	54,76	52,70	52,43	47,93	72,88	66,32	77,23	62,48
Чернігівська	47,22	43,54	34,29	31,22	91,05	79,27	85,76	73,30
Київ	62,94	52,79	48,77	43,39	83,02	64,91	60,72	48,41

Кількість штатних лікарських посад у ЗОЗ системи МОЗ щороку скорочується (2021 р. – 179,9 тис.; 2025 р. – 160,6 тис.). Різниця за вказані роки становила 19,3 тис. лікарських посад. За цей самий період кількість лікарів – фізичних осіб зменшилась на 20,9 тис. Внаслідок цих процесів розрив між кількістю штатних посад лікарів і фізичних осіб становив в абсолютних числах 37,6 тис., у 2021 р – 36,0.

Аналіз укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами свідчить про найгіршу ситуацію в Донецькій, Луганській та Херсонській областях (табл. 2.3). Варто враховувати, що на територіях цих регіонів тривають активні бойові дії, що впливає як на можливість забезпечення кадрами, так і на особливості надання медичної допомоги, зокрема частина звернень може здійснюватися до бойових медиків.

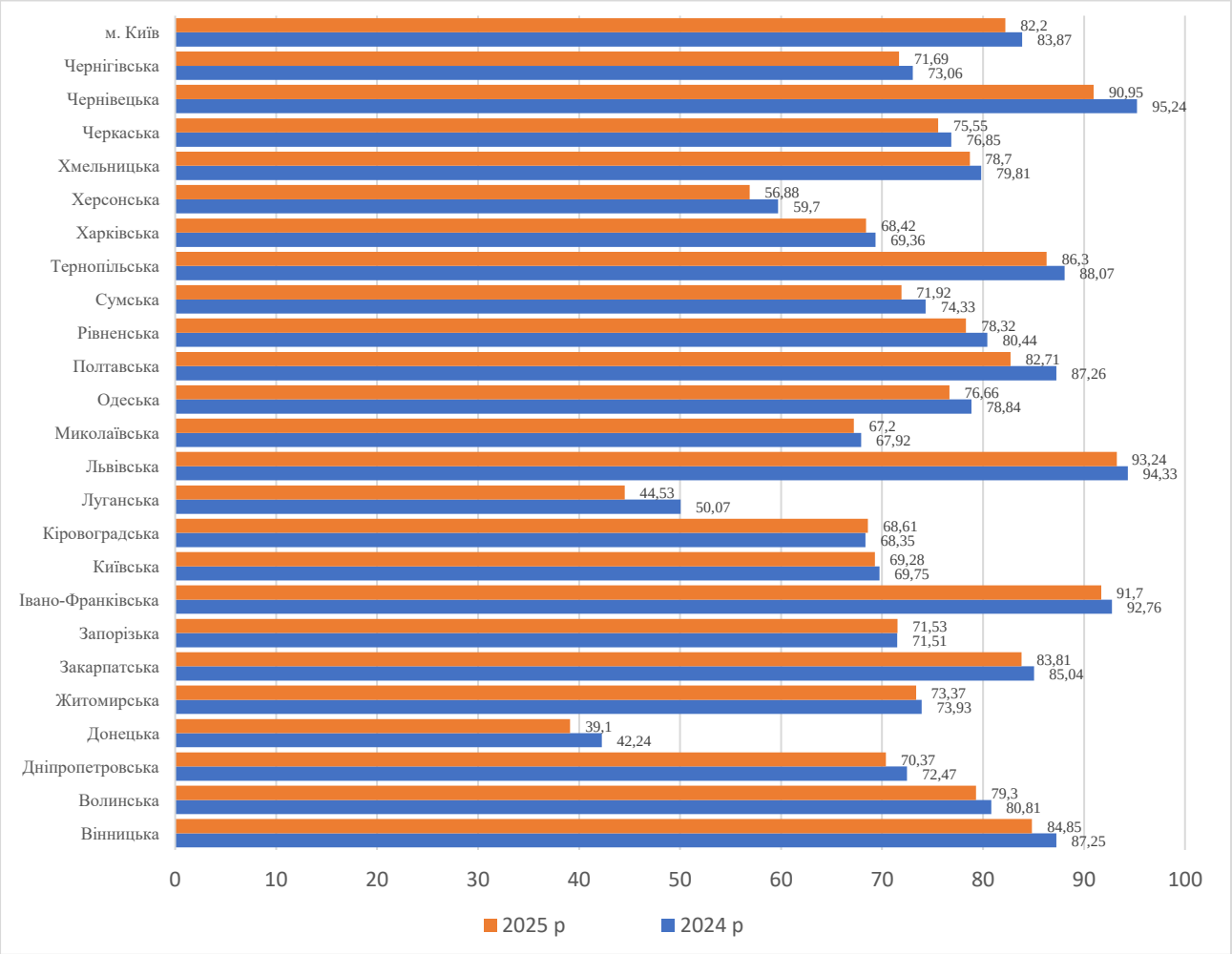


Рис.2.3. Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами у 2021-2025 рр.

Порівнюючи показник укомплектованості та показники коефіцієнта сумісності в областях із найнижчою укомплектованістю, відзначаються певні тенденції – по областях з найбільшим дефіцитом лікарських кадрів спостерігаються найбільші коефіцієнти сумісництва, як засіб підтримання обсягів надання медичної допомоги (табл. 2.4),тоді як окремі адміністративні території (Одеська та Київська області, м. Київ), де, незважаючи на низькі показники укомплектованості, робота за сумісництвом не є популярною.

Таблиця 2.2. Порівняльний аналіз показників укомплектованості та коефіцієнта сумісництва, 2021-2025 рр.

Адміністративні території	Укомплектованість штатних посад лікарів зайнятими посадами			Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами			Коефіцієнт сумісництва		
	2021 р.	2024 р.	2025 р.	2021 р.	2024 р.	2025 р.	2021 р.	2024 р.	2025 р.
Україна	**83,75**	**79,25**	**78,69**	**80,00**	**77,96**	**76,58**	**1,05**	**1,02**	**1,03**
АР Крим	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Вінницька	86,67	84,15	84,24	89,04	87,25	84,85	0,97	0,96	0,99
Волинська	84,59	84,68	84,03	78,39	80,81	79,30	1,08	1,05	1,06
Дніпропетровська	81,04	78,49	75,90	72,79	72,47	70,37	1,11	1,08	1,08
Донецька	77,32	47,46	41,76	66,63	42,24	39,10	1,16	1,12	1,07
Житомирська	84,12	81,81	81,89	75,46	73,93	73,37	1,11	1,11	1,12
Закарпатська	87,57	82,09	81,84	90,69	85,04	83,81	0,97	0,97	0,98
Запорізька	82,62	74,60	74,36	75,84	71,51	71,53	1,09	1,04	1,04
Івано-Франківська	89,63	88,05	86,16	100,66	92,76	91,70	0,89	0,95	0,94
Київська	76,13	73,24	73,23	71,54	69,75	69,28	1,06	1,05	1,06
Кіровоградська	79,26	78,14	77,56	65,93	68,35	68,61	1,20	1,14	1,13
Луганська	80,65	53,87	48,18	68,22	50,07	44,53	1,18	1,08	1,08
Львівська	92,60	89,72	89,52	95,75	94,33	93,24	0,97	0,95	0,96

Адміністративні території	Укомплектованість штатних посад лікарів зайнятими посадами			Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами			Коефіцієнт сумісництва		
	2021 р.	2024 р.	2025 р.	2021 р.	2024 р.	2025 р.	2021 р.	2024 р.	2025 р.
Миколаївська	81,76	78,71	78,83	67,65	67,92	67,20	1,21	1,16	1,17
Одеська	80,63	75,39	74,61	83,84	78,84	76,66	0,96	0,96	0,97
Полтавська	85,76	85,00	83,12	81,95	87,26	82,71	1,05	0,97	1,00
Рівненська	84,66	82,08	81,49	81,29	80,44	78,32	1,04	1,02	1,04
Сумська	83,09	81,34	79,55	77,11	74,33	71,92	1,08	1,09	1,11
Тернопільська	86,35	84,43	84,35	88,97	88,07	86,30	0,97	0,96	0,98
Харківська	85,60	74,80	74,09	81,18	69,36	68,42	1,05	1,08	1,08
Херсонська	81,66	61,76	58,50	67,01	59,70	56,88	1,22	1,03	1,03
Хмельницька	86,36	84,32	83,82	81,91	79,81	78,70	1,05	1,06	1,07
Черкаська	83,99	81,80	81,50	74,16	76,85	75,55	1,13	1,06	1,08
Чернівецька	92,69	90,77	90,64	95,75	95,24	90,95	0,97	0,95	1,00
Чернігівська	82,52	79,39	77,89	72,61	73,06	71,69	1,14	1,09	1,09
м. Київ	80,39	79,84	81,06	77,48	83,87	82,2	1,04	0,95	0,99

Коливання показників питомої ваги лікарів за окремими, найбільш суттєвими, групами спеціалістів за 2021-2025 рр. у загальній чисельності лікарів було незначним, що є позитивною тенденцією.

У 2025 р. частка лікарів пенсійного віку в усіх закладах охорони здоров'я зросла до 23,5% (35749 осіб) порівняно з 2020 р. 21,4% (38409 осіб); цей самий показник в закладах системи МОЗ ще більший і у 2025 р. становив 26% (31954 особи) порівняно з 25,3% у 2024 р., та 23,7% у 2022 і 2021 рр., що свідчить про поступове старіння медичної спільноти. У ряді регіонів, зокрема в Херсонській, Миколаївській, Черкаській, Донецькій, Луганській, Чернігівській та Кіровоградській областях, цей показник перевищує 30%, тобто понад третину лікарського персоналу становлять особи пенсійного віку. Схожа тенденція спостерігається і серед молодших спеціалістів з медичною освітою: у 2025 р. у всіх закладах охорони здоров'я працювало 12,5% осіб пенсійного віку (28716 осіб), в закладах системи МОЗ 13% є пенсіонерами (26412 осіб), що перевищує показник 2020 р.(10,6%). Така динаміка вказує на критичну потребу в оновленні кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та формуванні ефективних механізмів підготовки нових фахівців з урахуванням демографічних викликів.

Окремою проблемою залишається міграція медичних кадрів, особливо висококваліфікованих, за кордон, що зумовлено низьким рівнем заробітної плати, відсутністю належних соціально-побутових умов, недосконалою інфраструктурою населених пунктів тощо. Щороку в Україні з системи охорони здоров'я вибуває понад 6 тис. лікарів за рахунок природної плинності. Тому пріоритетним напрямом розвитку кадрового потенціалу галузі має стати збереження стабільної кадрової ситуації в первинній ланці, особливо у сільській місцевості, з використанням важелів у підготовці лікарських кадрів за цільовим направленням.

Таблиця 2.3. Атестовані на кваліфікаційні категорії лікарі в Україні, 2020, 2025 рр.

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загальної кількості лікарів)	
	2020 р.	2025 р.	2020 р.	2025 р.
Терапевти	11884	9604	70,3	57,1
Хірурги	8116	7648	80,5	62,6
Онкологи	851	880	62,4	48,0
Стоматологи	16328	10617	69,3	61,9
Акушери-гінекологи	10871	9061	84,8	70,8
Педіатри	8812	6933	72,7	67,7
Психіатри	3069	2945	75,3	57,5
Лікарі з медицини невідкладних станів	3879	3530	74,8	57,8
Анестезіологи	8782	8710	73,8	58,5
Загальної практики- сімейні лікарі	15557	14136	67,8	63,8
Усього по галузі	**179 602**	**152336**	**67,4**	**56,6**

Для характеристики кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я надзвичайно важливими є кваліфікаційні характеристики лікарів. Потрібно враховувати, що в Україні рівень атестації медичних кадрів є показником їхньої кваліфікації. На рівні кваліфікації за атестаційними категоріями в галузі значно вплинули такі групи лікарів: ЛЗП-СЛ, терапевти, анестезіологи, хірурги, педіатри, стоматологи, лікарі з медицини невідкладних станів, про що засвідчили порівняльні характеристики (табл. 2.3).

Враховуючи основні тенденції забезпечення кадрами охорони здоров'я, а саме: зменшення забезпеченості як штатними посадами медичного персоналу, так й фізичними особами лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, зростання розриву між кількістю штатних посад та зайнятих (зменшення коефіцієнта сумісництва) у поєднанні зі зменшенням частки молоді серед загального населення через старіння суспільства, існує висока ймовірність подальшого погіршення кадрового забезпечення фахівцями у медичній сфері.

Ці негативні тенденції можуть бути пов'язані з територіальними відмінностями низки регіонів за доступністю вищої медичної освіти, відсутності затверджених або рекомендованих норм навантаження у робочому процесі, що створює складнощі для оцінки потреб у кадрових ресурсах.

2.4. Кадрове забезпечення Центрів контролю профілактики хвороб та їх структурних підрозділів.

Розвиток кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я в Україні у 2025-2027 рр. визначається переходом до системного, професійно орієнтованого підходу, що базується на поєднанні нормативного врегулювання, модернізації освітніх програм та посилення управлінської спроможності галузі. Ключовим орієнтиром є імплементація Програми розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року, яка передбачає формування цілісної моделі планування, підготовки та безперервного професійного розвитку кадрів.

У рамках реалізації зазначеної політики передбачається запровадження системи моніторингу та оцінки кадрового потенціалу, визначення переліку професій і компетентностей, необхідних для виконання оперативних функцій громадського здоров'я, а також оновлення підходів до кваліфікаційних вимог. Важливим напрямом є розроблення національної рамки компетентностей для фахівців сфери громадського здоров'я з урахуванням європейських підходів, зокрема рекомендацій ВООЗ, що забезпечує гармонізацію підготовки кадрів із міжнародними стандартами.

Окрему увагу приділено модернізації системи освіти та безперервного професійного розвитку, зокрема через оновлення освітніх програм закладів вищої та післядипломної освіти, а також посилення взаємодії між закладами освіти, науковими установами та практичними структурами системи громадського здоров'я. Це дозволяє забезпечити відповідність підготовки кадрів реальним функціональним потребам системи.

Важливим елементом розвитку кадрового потенціалу є формування лідерських компетентностей та управлінського резерву, що передбачає впровадження програм розвитку лідерства, підтримку кар'єрного зростання та створення умов для залучення кваліфікованих фахівців до управлінських процесів.

У сукупності зазначені заходи формують основу для переходу від фрагментарного підходу до розвитку кадрів до інтегрованої системи управління кадровим потенціалом, здатної забезпечити ефективне функціонування системи громадського здоров'я та її адаптацію до сучасних викликів.

У 2021-2025 рр. у ЦКПХ спостерігається зменшення кадрового потенціалу, що проявляється у скороченні як штатних (на –14,23%), так і зайнятих посад (на –15,62%). Найбільш відчутне скорочення відбулося серед категорій, що забезпечують операційну діяльність закладів, зокрема іншого персоналу (–28,40% штатних та –31,52% зайнятих посад), молодшого медичного персоналу (–21,07% та –23,31%) і молодших спеціалістів з медичною освітою (–17,42% та –18,90%). Скорочення лікарських посад (–14,18% штатних та –12,14% зайнятих) також свідчить про зниження кадрової спроможності у частині виконання профільних функцій.

Водночас спостерігається зростання окремих категорій працівників. Зокрема, кількість посад керівного складу збільшилася (на 9,46% штатних та 9,75% зайнятих), а також зросла чисельність професіоналів з вищою немедичною освітою (на 5,27% та 5,33%) і фахівців із середньою немедичною освітою (на 9,51% та 11,87%). Це свідчить про зміну структури кадрового забезпечення у напрямі посилення управлінських, організаційних та аналітичних функцій на фоні скорочення медичного та допоміжного персоналу.

Таблиця 2.4. Штатні та зайняті посади ЦКПХ в цілому по закладах на бюджетних коштах, на госпрозрахунку та спецкоштах, 2021 р, 2024-2025 рр.

Посади	Штатні посади			Темп приросту в порівнянні 2025 р. з 2021 р., %	Зайняті посади			Темп приросту в порівнянні 2025 р. з 2021 р., %
	2021 р	2024 р	2025 р		2021 р	2024 р	2025 р	
Керівний склад ЦКПХ та їх підрозділів	951	1155	1041,00	9,46%	707,75	829,5	776,75	9,75%
Лікарі	3931,5	4200	3374,00	-14,18%	2410,5	2397	2117,75	-12,14%
Професіонали з вищою немедичною освітою	2426,25	2778,75	2554,00	5,27%	1842	1997	1940,25	5,33%
Молодші спеціалісти з медичною освітою	6258,25	6352	5168,25	-17,42%	5043	4701,75	4089,75	-18,90%
Фахівці із середньою немедичною освітою	336,5	443,75	368,50	9,51%	254,75	322,75	285,00	11,87%
Молодший медичний персонал	1337,25	1303,5	1055,50	-21,07%	1154	1042,25	885,00	-23,31%
Інший персонал	3451,25	3268,25	2471,00	-28,40%	2925	2533	2003,00	-31,52%
Всього	**18692**	**19501,25**	**16032,25**	**-14,23%**	**14337**	**13823,25**	**12097,75**	**-15,62%**

Аналіз чисельності фізичних осіб, які працюють у ЦКПХ, підтверджує загальну тенденцію до скорочення кадрового ресурсу: у 2021-2025 рр. їх кількість зменшилася на –15,55%. Найбільше скорочення відбулося серед іншого персоналу (–31,46%), молодшого медичного персоналу (–24,89%) та молодших спеціалістів з медичною освітою (–18,76%), що вказує на фактичне зменшення чисельності працівників, які забезпечують базові та допоміжні процеси діяльності.

Чисельність лікарів також скоротилася (–9,36%), хоча темпи зниження є менш вираженими порівняно із середнім і молодшим медичним персоналом. Водночас зафіксовано зростання кількості керівного складу (на 9,96%), професіоналів з вищою немедичною освітою (на 3,58%) та фахівців із середньою немедичною освітою (на 15,42%), що узгоджується зі змінами у структурі штатних посад.

Таким чином, зміни у чисельності фізичних осіб підтверджують не лише формальну оптимізацію штатів, а й реальне скорочення кадрового потенціалу, яке супроводжується структурним зсувом у бік немедичних та управлінських функцій.

Таблиця 2.5. Кількість фізичних осіб, що працюють у ЦКПХ на бюджетних коштах, на госпрозрахунку та спецкоштах, 2021 р, 2024-2025 рр.

Посади	Фізичних осіб			Темп приросту в порівнянні 2025 р. з 2021 р., %
	2021 р	2024 р	2025 р	
Керівний склад ЦКПХ та їх підрозділів	703	828	773	9,96%
Лікарі	2083	2130	1888	-9,36%
Професіонали з вищою немедичною освітою	1705	1816	1766	3,58%
Молодші спеціалісти з медичною освітою	4876	4532	3962	-18,76%
Фахівці із середньою немедичною освітою	240	292	277	15,42%
Молодший медичний персонал	1141	1021	857	-24,89%
Інший персонал	2805	2391	1923	-31,46%
Всього	13553	13010	11445	-15,55%

Аналіз даних свідчить про комплексну трансформацію кадрового потенціалу ЦКПХ, що характеризується одночасним скороченням загальної чисельності працівників і зміною їх структурного складу.

Ключовою тенденцією є зменшення чисельності медичного та допоміжного персоналу при одночасному зростанні управлінських і немедичних категорій працівників. Це формує ризик дисбалансу між функціональними потребами системи та її кадровим забезпеченням, особливо в частині виконання операційних функцій громадського здоров'я.

Синхронність скорочення як штатних, так і зайнятих посад разом зі зменшенням кількості фізичних осіб свідчить про не лише формальну оптимізацію, а й фактичне зниження кадрового потенціалу.

У цілому сформовані тенденції можуть негативно впливати на спроможність системи громадського здоров'я забезпечувати належний рівень виконання своїх функцій, особливо в умовах зростаючого навантаження та потреби в оперативному реагуванні на виклики у сфері здоров'я населення.

2.5. Висновки.

У 2020-2025 рр. система охорони здоров'я України зазнала суттєвої структурної трансформації, що проявилася у скороченні мережі стаціонарних закладів і ліжкового фонду при одночасному зростанні інтенсивності їх використання та поступовому зміщенні акцентів у бік амбулаторної допомоги і розвитку приватного сектору. Ці зміни відбуваються в контексті реформування системи фінансування на основі Програми медичних гарантій, що адмініструється НСЗУ, та переходу до контрактної моделі взаємодії з надавачами медичних послуг. Загалом це свідчить не про звуження системи, а про її функціональне переформатування відповідно до нової архітектури управління та фінансування.

На цьому тлі кадрове забезпечення залишається ключовим обмежувальним фактором розвитку системи. Динаміка показників свідчить про стійке зниження забезпеченості медичними працівниками, скорочення чисельності лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, а також зростання дисбалансу між штатними та фактично зайнятими посадами. Ці процеси відбуваються в умовах дії Закону України «Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану» (із змінами), що впливає на мобільність кадрів, характер зайнятості та стабільність трудових відносин у сфері охорони здоров'я. Додатково, за даними НСЗУ (дашборди контрактування та ЕСОЗ-індикатори), фіксується концентрація медичних послуг у відносно обмеженої частини лікарів, зростання навантаження на одного фахівця та поширення практики мультифункціонального виконання пакетів медичних послуг, що фактично компенсує кадровий дефіцит без його структурного вирішення.

У сфері громадського здоров'я та діяльності ЦКПХ зазначені тенденції проявляються у скороченні загального кадрового потенціалу при одночасній зміні його структури — зростанні частки управлінського та немедичного персоналу на фоні зменшення медичних і допоміжних кадрів. Це відбувається паралельно з імплементацією наказу МОЗ України № 65 від 09.01.2025 та наказу МОЗ України № 1745 від 19.11.2025, якими затверджено «План заходів з реалізації Програми розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я до 2030 року на 2025–2027 роки». Водночас чинна система статистичного обліку не повною мірою відображає фактичні трудові відносини в умовах воєнного стану, що додатково ускладнює оцінку реального кадрового забезпечення. У сукупності це формує потребу у переході до більш інтегрованої моделі управління кадровими ресурсами з урахуванням фактичної зайнятості, мобільності персоналу та даних НСЗУ як ключового джерела оцінки реальної спроможності системи.

Розділ 3. Репродуктивне здоров'я. Медична допомога вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим.

Джерелами даних для аналізу напряму медичної допомоги, представленого у розділі є форми медичної звітності:

- № 9 «Звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, грибкові шкірні хвороби та коросту», затверджена наказом МОЗ України від 18 грудня 2024 року № 2111, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 02 січня 2025 року № 14/43420, 15/43421;
- № 13 «Звіт про штучне переривання вагітності» (річна), затверджена наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276;
- № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям» (річна), затверджена наказом МОЗ України 10.07.2007 № 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276;
- № 21-а «Звіт про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя», квартальна, затверджена наказом МОЗ України 24.01.2008 № 24, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807;
- № 59 «Звіт про проведення медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції», квартальна, затверджена наказом МОЗ України 22.05.2013 № 410, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 06.06.2013 за № 902/23434;
- набори даних НСЗУ у публічному доступі – інформаційно-аналітичні панелі (дашборди).

3.1. Формування репродуктивного здоров'я.

Аборти вважаються одним із найруйнівніших чинників, що негативно впливають на репродуктивне здоров'я. На поточний час в Україні реєструються випадки абортів у дівчат віком до 14 років, але цей показник вдалося суттєво знизити за останні роки – з 0,05 на 1000 дівчат відповідного віку у 2021 р. до 0,03 на 1000 дівчат відповідного віку у 2025 р. Частота абортів у віковій групі 15-17 років також має виражену тенденцію до зниження (рис. 3.1)

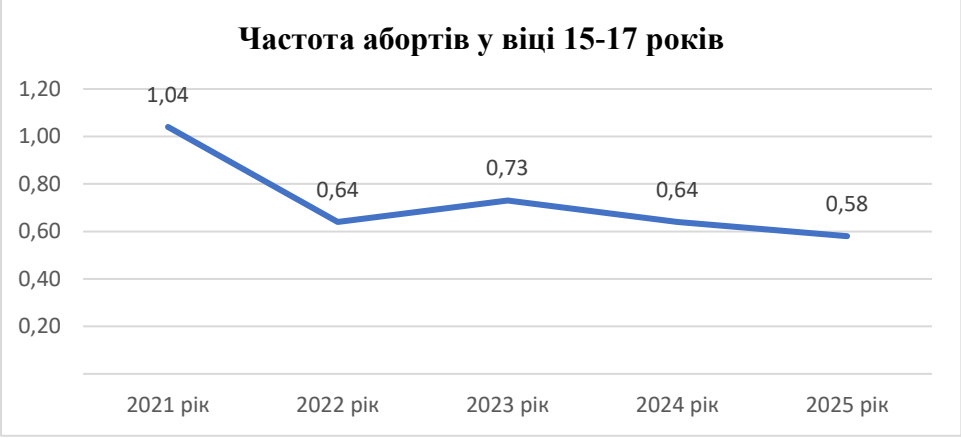


Рис. 3.1 Частота абортів у віці 15-17 років на 1 тис. жіночого населення відповідної вікової групи за 2021-2025 рр.

Аборти є негативним чинником репродуктивного здоров'я для усіх вікових категорій жіночого населення. Виконання заходів міжнародних і державних програм сприяли суттєвому зниженню сумарної кількості абортів в Україні та подовженню цієї позитивної динаміки: частота абортів у віковій групі 18-34 р знизилася на 36,3% у 2025 р. в порівнянні з 2021 р., у віковій групі 35-49 років за той же період відбулося зниження на 21,4% (рис. 3.2).

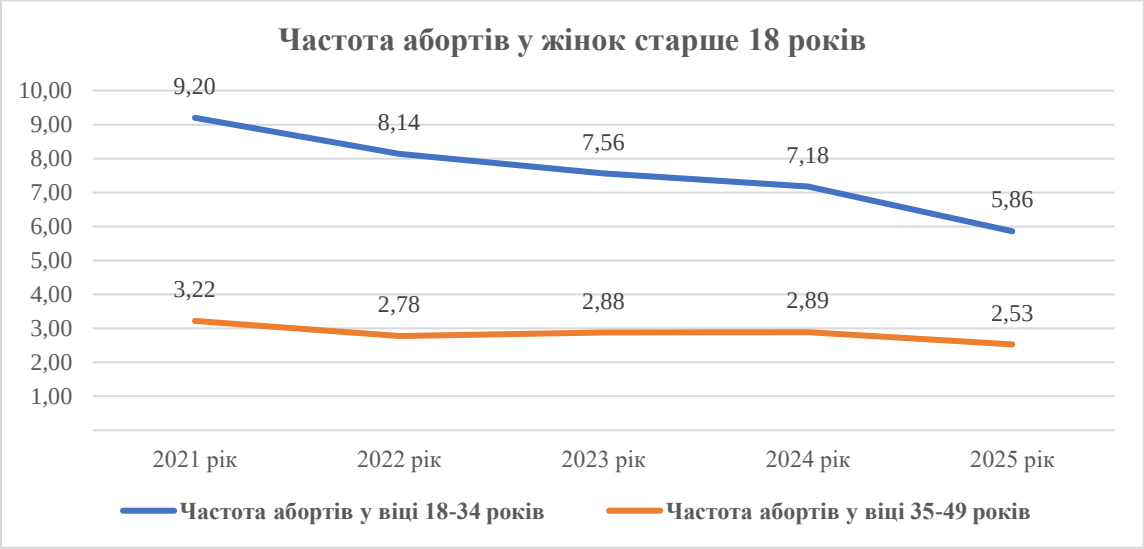


Рис. 3.2 Частота абортів у вікових групах 18-34 та 35-49 років на 1 тис. жіночого населення відповідної вікової групи за 2021-2025 рр.

Щороку в Україні в репродуктивний період вступає приблизно 500 тис. дівчат-підлітків [3]. Значний вплив на репродуктивне здоров'я цього контингенту населення має їхня репродуктивна поведінка. Внаслідок незахищених статевих стосунків виникають ІПСШ. Захворюваність на ІПСШ серед підлітків віком 15–17 років в Україні (табл. 3.1) у період 2020-2025 рр. демонструє покращення ситуації щодо сифілісу: показник захворюваності мав коливання – від 1,08 на 100 тис. дівчат у 2020 р. до піку у 2021 р. (1,92) і зниження у 2025 р. до 0,50. Водночас щодо гонококової інфекції зафіксовано зниження на 79,6% (з 1,62 у 2020 р. до 0,33 у 2025 р.). Також спостерігається зменшення захворюваності на хламідіоз – на 53,1% (з 1,79 до 0,84) та на трихомоніаз – на 74,8% (з 23,85 до 6,02). У 2025 р. порівняно з 2024 р. захворюваність на зазначені види ІПСШ загалом знизилася.

Таблиця 3.1. Динаміка захворюваності дівчат 15–17 років на ІПСШ в Україні, 2021-2025 рр.

Нозологія	Кількість випадків					Показник на 100 тис. населення відповідного віку				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Сифіліс	11	4	10	7	3	1,92	0,67	1,67	1,17	0,50
Гонококова інфекція	10	5	2	7	2	1,74	0,84	0,33	1,17	0,33
Хламідіоз	10	6	10	6	5	1,74	1,00	1,67	1,00	0,84
Трихомоніаз	96	52	55	44	36	16,73	8,70	9,20	7,36	6,02

Захворюваність на інфекції, які передаються переважно статевим шляхом, серед дівчат віком 0–14 років в Україні (табл. 3.2) у 2020-2025 рр. загалом залишається на низькому рівні та має нестійку динаміку.

Зокрема, показник захворюваності на сифіліс зменшився з 0,06 на 100 тис. населення відповідного віку у 2020 р. до 0,03 у 2024 р., однак у 2025 р. зріс до 0,13 на 100 тис. населення.

Захворюваність на гонококову інфекцію у 2020-2022 рр. серед дівчат віком 0–14 років дорівнювала нулю, проте у 2023 р. становила 0,10, а у 2024 р. – 0,07, після чого у 2025 р. знову знизилася до нульового рівня.

Протягом 2025 р. зареєстровано 2 випадки вродженого сифілісу (у Львівській та Закарпатській областях), що, і цілому, продовжує тенденцію минулих років, коли також реєструвалися поодинокі випадки цього захворювання (у 2024 р був зареєстрований 1 випадок, у 2023 – 1 випадок, у 2022 – 2 випадки, у 2021 – 1 випадок).

Показник захворюваності на хламідіоз у 2020-2023 рр. був нульовим, проте у 2024 р. становив 0,10 на 100 тис. населення відповідного віку, а у 2025 р. знову дорівнював нулю.

Водночас захворюваність на трихомоніаз серед дівчат віком 0–14 років знизилася з 0,36 у 2020 р. до 0,24 у 2025 р.

Таблиця 3.2. Динаміка захворюваності дівчат віком 0–14 років на ІПСШ в Україні, 2021–2025 рр.

Нозологія	Кількість випадків					Показник на 100 тис. населення відповідного віку				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Сифіліс	1	5	1	1	4	0,03	0,17	0,03	0,03	0,13
Гонококова інфекція	0	0	3	2	0	0	0	0,10	0,07	0,00
Хламідіоз	0	0	0	3	0	0	0	0	0,10	0
Трихомоніаз	7	10	8	6	7	0,23	0,34	0,27	0,20	0,24

Серед дорослого жіночого населення ІПСШ є вагомою проблемою охорони здоров'я України. Хоча захворюваність на ІПСШ суттєво знижувалась останніми роками, фахівці наголошують на недооцінці їх масштабів. Так, у період 2020-2025 рр. захворюваність на гонококову інфекцію знизилась на 60,0%, хламідіоз – на 61,2%, трихомоніаз – на 64,1% Водночас захворюваність на сифіліс у зазначений період зросла на 41,4%. (табл. 3.3).

Таблиця 3.3. Динаміка захворюваності жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні у 2019–2025 рр. (на 100 тис. жіночого населення)

Нозологія	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.
Сифіліс	2,9	2,7	2,6	3,2	3,3	4,1
Гонококова інфекція	2,5	1,9	1,3	1,4	1,4	1,0
Хламідіоз	20,9	16,8	9,9	9,8	8,6	8,1
Трихомоніаз	71,4	57,4	37,2	32,0	26,7	25,6

За різними оцінками офіційна статистка відображає від 30% до 40% реальної кількості випадків ІПСШ, тобто випадки у людей, які звернулися за допомогою в ЗОЗ.

Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (таб.3.4), оскільки одним з основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції є статевий. Серед ВІЛ-позитивних породіль відсоток зареєстрованих випадків сифілісу не перевищує 1% та був найбільшим у 2023 р. (0,9%); відсоток вагітних з іншими ІПСШ мав тенденцію до зниження – від 7,9% у 2020 р. до 5,7% у 2025 р. Слід зазначити, що у 2025 р. у 2,3% ВІЛ-позитивних породіль виявлені маркери вірусного гепатиту В, у 5,0% – маркери вірусного гепатиту С (таб.3.4).

Таблиця 3.4. ВІЛ-позитивні вагітні із супутніми захворюваннями у 2020-2025 рр.

Супутні захворювання	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р
Кількість ВІЛ-позитивних жінок, у яких вагітність завершилася пологами,	1916	1904	1410	1216	1122	914
з них мали: сифіліс	9	11	6	11	6	2
інші ІПСШ	151	109	73	65	52	52
вірусний гепатит В	40	51	31	23	17	21
вірусний гепатит С	156	120	94	81	66	46

У структурі шляхів інфікування ВІЛ у 2025 р. переважна більшість випадків припадає на статевий (>80%), що є підвищеним ризиком для інфікування ВІЛ жінок, зокрема вагітних. Тим більше в Україні спостерігається тенденція до збільшення частки статевого шляху ВІЛ-інфекції порівняно з 2020 р. (61,2%).

Кількість ВІЛ-позитивних вагітних щороку зменшується і становила 914 жінок у 2025 році. Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних у 2025 р. становила 0,56%. Частка вагітних

жінок, які мали ВІЛ-позитивний статус до вагітності, зросла за останні п’ять років з 68,8% до 75,1%.

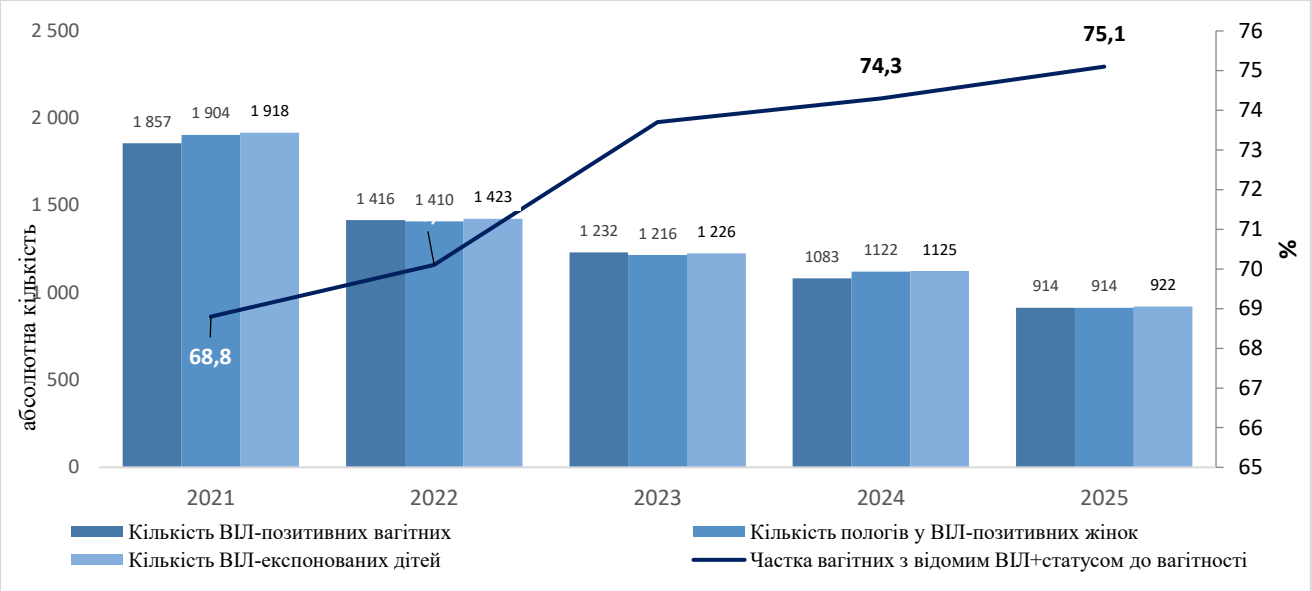


Рис. 3.3. Кількість ВІЛ-позитивних вагітних та ВІЛ-експонованих дітей в Україні, 2021–2025 рр.

У 2025 р. серед жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час вагітності та пологів, діагноз був встановлений у I триместрі вагітності у 29,2% жінок, у II триместрі – 46,7%, у III триместрі – 19,5%, під час та після пологів – 4,6%. Тобто, своєчасно не отримали комплекс медичних послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) майже кожна четверта (24,1%) жінка. Відповідно, вони мали більш високий ризик інфікувати ВІЛ свою дитину.

Завдяки ефективному залученню та утриманню ВІЛ-позитивних вагітних на АРТ, в Україні у 2025 р. 97,4% (890) вагітних отримали АРТ (2024 р. – 97,4%, 2023 р. – 97,3%). Частка жінок, які народили та продовжують АРТ після пологів досягла 95,7%.

Більшість жінок (659) отримали АРТ до вагітності – 72,1% (2024 р. – 69,2%, 2023 р. – 67,1%). У 14 областях було забезпечено 100% охоплення ВІЛ-позитивних вагітних АРТ: Волинська, Донецька, Житомирська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Львівська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Чернівецька, м. Київ. Водночас недостатній рівень охоплення АРТ (≤95%) відмічався у Закарпатській (85,7%), Запорізькій (88,9%), Хмельницькій (88,5%) та Чернівецькій (87,5%) областях. Основними причинами були не перебування вагітних на обліку у жіночих консультаціях, встановлення ВІЛ-позитивного статусу під час або після пологів, а також відмова вагітної від медичного нагляду і лікування у зв’язку з ВІЛ-інфекцією.

У 2025 р. народилося 922 ВІЛ-експоновані дитини (живих), тоді як у 2024 р. – 1125, відмічається зменшення на 203 дитини (–18%) (рис 3.3). Показник охоплення ВІЛ-експонованих дітей ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції (визначення нуклеїнових кислот методом ПЛР) становив 99,2% (2024 р. – 99,0%, 2023 р. – 98,2%). У 18 регіонах було забезпечено 100% охоплення дітей тестуванням методом ПЛР, в інших 6 регіонах даний показник коливався у межах 93,3–98,6%. Покращився показник охоплення ранньою ПЛР діагностикою з використанням сухої краплі крові, що здійснюється у віці 0–2 дні життя ВІЛ-експонованої дитини у закладах пологової допомоги – 98,6% (у 2024 р. – 98,0%; у 2023 р. – 94,5%).

У 2025 р. 98,9% ВІЛ-експонованих дітей отримали постконтактну профілактику (далі – ПКП) (2024 р. – 98,7%; 2023 р. – 99,4%). У 17 регіонах охоплення ПКП становило 100%. У Дніпропетровській, Кіровоградській, Хмельницькій областях та м. Київ показник коливався у межах 96,2–98,6%. Найнижчі показники зафіксовано у Закарпатській (85,7%) та Запорізькій (88,9%) областях у зв’язку з встановленням ВІЛ-статусу матері після пологів, а також у Івано-Франківській області (93,3%) через випадок ранньої неонатальної смерті.

Охоплення ВІЛ-експонованих дітей профілактикою пневмоцистної пневмонії протягом перших 2 місяців життя серед дітей, які підлягали її призначенню за віком, досягло цільового значення (≥95%) і становило 98,7% (2024 р. – 92,1%; 2023 р. – 94,3%).

Майже 100% дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2023–2025 роках, перебувають на штучному вигодовуванні.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД), за даними ранньої діагностики, у 2025 р. становила 1,5% або 14 ВІЛ-позитивних дітей (2024 р. – 0,5%, (6 дітей), 2023 р. – 1,5% (18 дітей)). Випадки вертикальної трансмісії ВІЛ зафіксовано у 8 регіонах України: Дніпропетровська – 2 випадки (ЧПМД – 1,4%), Закарпатська область – 2 випадки (14,3%), Миколаївська – 1 випадок (1,4%), Одеська – 3 випадки (2,0%), Полтавська – 1 випадок (4,8%), Хмельницька – 1 випадок (3,8%), Чернігівська – 1 випадок (3,0%), м. Київ – 3 випадки (3,4%). Досягли визначеного ВООЗ глобального цільового показника ЧПМД (≤ 2%) 18 регіонів, зокрема у 16 регіонах не зареєстровано жодного випадку інфікування ВІЛ серед ВІЛ-експонованих дітей.

3.2 Регіональні особливості мережі ЗОЗ, які надавали перинатальну допомогу в Україні у 2025 р.

За даними Національної служби здоров’я України (НСЗУ), станом на кінець 2025 р. в Україні за програмою медичних гарантій, пакетом послуг «Медична допомога при пологах», було укладено договори з 243 закладами охорони здоров'я (Рис 3.4).



Рис 3.4. Розташування надавачів медичних послуг «Медична допомога при пологах» станом на грудень 2025 р.

Мережа надавачів медичної допомоги при пологах є достатньо розвинутою, втім у окремих областях спостерігається геопросторова нерівномірність розташування таких закладів, що певним чином пов’язано з щільністю проживання населення та, відповідно, кількістю пологів (отже попиту на вищезазначену послугу).

Медичну допомогу новонародженим у складних неонатальних випадках надавали 82 заклади охорони здоров’я, медичну реабілітацію немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя – 154 заклади, ведення вагітності в амбулаторних умовах – 667 закладів, в тому числі приватної власності та ФОП – 27 закладів, державної власності – 6 закладів.

Таблиця 3.5. Інформація про кількість пакетів ПМГ з перинатальної допомоги по регіонам України в 2025 р. (за даними НСЗУ).

Найменування регіону	Кількість медичних закладів, з контрактом за пакетом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»	Кількість медичних закладів, з контрактом за пакетом «Медична допомога при пологах»	Кількість медичних закладів, з контрактом за пакетом «Медична допомога при складних неонатальних випадках»	Кількість медичних закладів, з контрактом за пакетом «Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя»
Вінницька	33	15	3	9
Волинська	26	11	2	6
Дніпропетровська	57	15	5	15
Донецька	12	1	1	3
Житомирська	21	9	3	4
Закарпатська	20	11	3	8
Запорізька	11	4	4	5
Івано-Франківська	30	11	3	7
Київська	37	13	4	4
Кіровоградська	26	7	3	3
Луганська	3	0	0	0
Львівська	57	20	4	14
м. Київ	20	8	9	20
Миколаївська	23	11	1	2
Одеська	37	19	7	8
Полтавська	32	10	4	2
Рівненська	26	12	3	6
Сумська	18	7	3	5
Тернопільська	25	6	3	7
Харківська	51	15	4	11
Херсонська	7	2	1	1
Хмельницька	26	11	5	4
Черкаська	27	8	2	4
Чернівецька	19	11	3	4
Чернігівська	23	6	2	2
АР Крим	-	-	-	-
Всього по Україні	**667**	**243**	**82**	**154**

Кількість ЗОЗ, які надавали медичну допомогу за пакетом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», по Україні коливалася від 3 ЗОЗ в Луганській області до 57 в Дніпропетровській та 57 у Львівській областях (таб. 3.5). Вказана допомога надавалася в жіночих консультаціях клініко-діагностичних центрів, в кластерних лікарнях в пологових будинках, в перинатальних центрах та одному ЦПМСД.

Кількість ЗОЗ, які надавали допомогу при пологах, за областями України коливалася від 0 в Луганській області до 20 у Львівській області.

Кількість ЗОЗ, які надавали допомогу при складних неонатальних випадках, за областями України коливалася від 0 в Луганській області до 9 у м. Києві.

Кількість ЗОЗ, які надавали медичну реабілітацію немовлятам, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, за областями України коливалася від 0 в Луганській області до 20 у м. Києві.

Представлені дані демонструють наявні регіональні особливості у системі надання перинатальної допомоги в Україні, які ймовірно можна пояснити впливом війни з рф та вимушеною міграцією жіночого населення по Україні, а саме: значні коливання показників

мережі в кількості надавачів послуг в регіонах свідчать про певну неоднорідність у геопросторовій доступності медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та немовлятам.

3.3 Здоров'я вагітних та якість антенатального спостереження.

Антенатальне (допологове) спостереження є одним із ключових чинників, що визначають здоров'я вагітної та майбутньої дитини, адже покликане діагностувати ускладнення вагітності та майбутніх пологів на ранніх етапах та забезпечувати відповідне лікування. У 2025 р. загальна кількість ускладнень пологів та післяпологового періоду складала 101 445 випадків проти 140 333 у 2022 р., що певною мірою пов'язано зі зменшенням загальної кількості пологів: з 258 483 у 2021 р. до 162 511 у 2025 р.

Частка фізіологічних пологів від загального числа пологів у 2025 р. становила 60,6 % що є нижчим за показник 2021 р. - 62,1% .

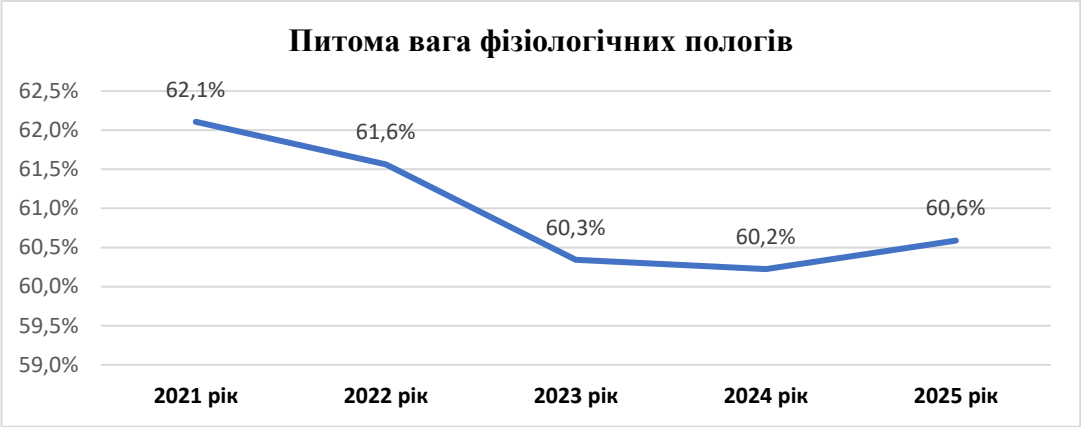


Рис. 3.5. Динаміка питомої ваги фізіологічних пологів у загальній їх кількості в Україні за 2021-2025 р р.

Дані щодо відсотку фізіологічних пологів наведені на рис. 3.5. При цьому, показник частоти багатоплідних вагітностей на 1000 пологів залишався сталим – 13,17 у 2025 р, 13,25 – у 2021 р. Зменшення питомої ваги фізіологічних пологів підкреслює важливість антенатального нагляду. Це є ключовим для забезпечення якісного медичного спостереження за станом вагітної жінки, а також суттєвим чинником своєчасного виявлення низки спадкових патологій плода, не сумісних з життям. Втім, з початку війни з російською федерацією цей показник зазнав зменшення з подальшою негативною динамікою, становивши у 2025 р 84,9% проти 89,5% у 2021 р. На рис. 3.6 наведена динаміка частки жінок, які надійшли під антенатальне спостереження у зв'язку з вагітністю до 12 тижнів вагітності.

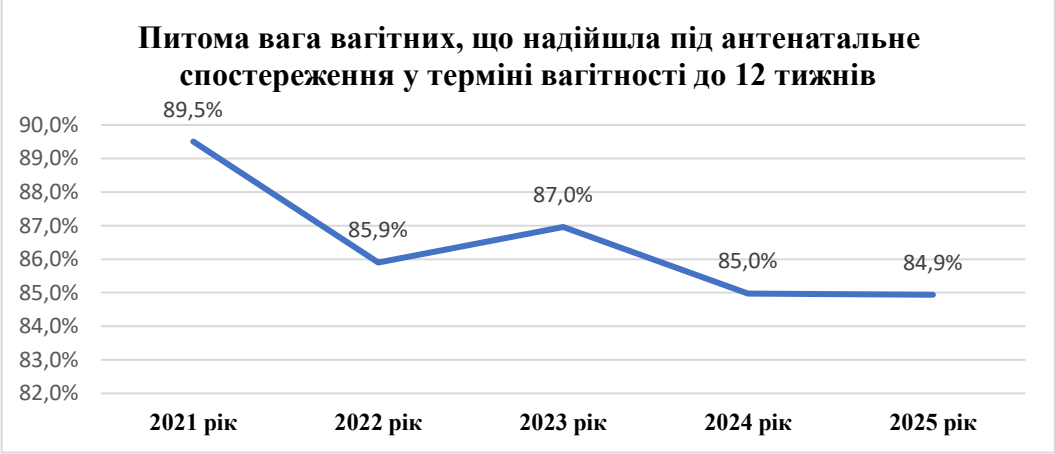


Рис. 3.6. Динаміка питомої ваги вагітних, що надійшли під антенатальне спостереження у терміні вагітності до 12 тижнів

У структурі досліджених неакушерських захворювань перше місце по частоті виникнення посідають анемії – 250,5 на 1 тис. завершених вагітностей, на другому місці –

інфекції сечостатевої системи, 138,1 на 1 тис. завершених вагітностей, на третьому – хвороби щитоподібної залози, 111,1 на 1 тис. завершених вагітностей.

Втім, варто відзначити виражену послідовну динаміку до зростання рівня захворюваності на цукровий діабет (ЦД) (сукупно прегестаційний і гестаційний), який виявлено за час вагітності (рис. 3.7). Показник частоти цукрового діабету, що ускладнює вагітність (*O24*), у 2025 р. сягнув значення 26,9 на 1 тис. завершених вагітностей, що у 2,8 рази вище даних 2021 р., коли він дорівнював 9,4 на 1 тис. завершених вагітностей.



Рис. 3.7 Динаміка частоти цукрового діабету, що ускладнює вагітність на 1 тис. завершених вагітностей в Україні за період 2021-2025 рр.

Друге місце по темпу зростання посідає група діагнозів «Набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади» (*O10 - O16*), де спостерігається збільшення показника на 43,6%, а саме з 67,0 на 1 тис. завершених вагітностей у 2021 р. до 96,2 у 2025 р.

Венозні ускладнення під час вагітності (*O22*) також продовжують тенденцію до зростання – на 15,3% у порівнянні з 2021 р., сягнувши значення 56,4 на 1 тис. завершених вагітностей у 2025 р. проти 48,9 у 2021 р.

Варто звернути увагу, що хвороби щитовидної залози під час вагітності не тільки є одним з найпоширеніших ускладнюючих чинників, а й патологією, що одночасно демонструє одні з найвищих темпів зростання – на 13,1%. У 2025 р. частота хвороб щитовидної залози під час вагітності становила 111,1 на 1 тис. завершених вагітностей проти 98,2 у 2021 р.

3.4 Ускладнення пологів.

Впродовж останніх років триває суттєве зростання кількості оперативного розродження шляхом операції кесарського розтину (рис. 3.8). Так, даний показник у 2025 р. становив 294,15 на 1 тис. пологів проти 269,18 на 1 тис. пологів у 2021 р.

За прогнозами, даний тренд буде зберігатися наступні роки і сягне рівня 314,0 у 2026 р.

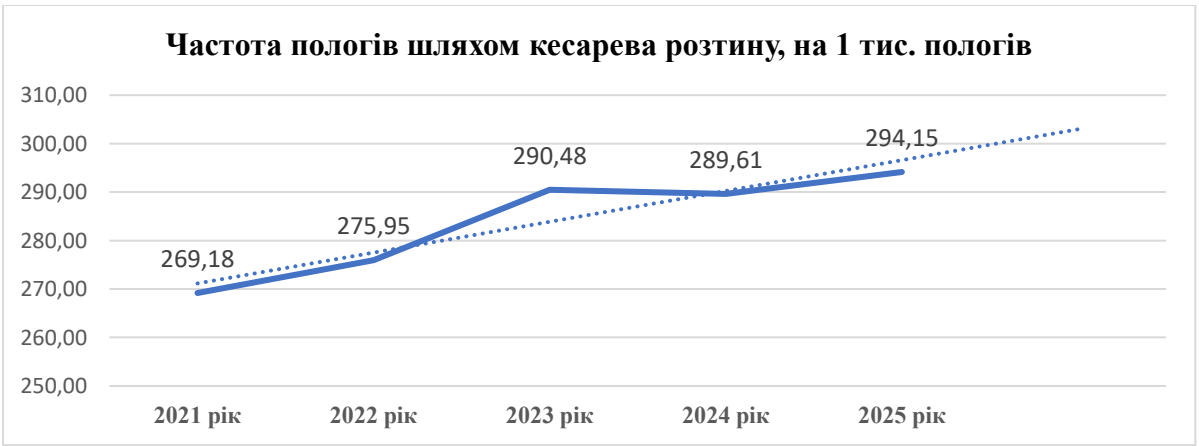


Рис. 3.8. Частота операцій кесарського розтину в Україні за період 2021-2025 рр. (на 1 тис. пологів).

Ця динаміка частково може бути спричиненою підвищенням частоти ускладнених станів перипартально чи інтрапартально, які зумовлюють неможливість фізіологічного розродження, а саме: гіпертензивні розлади, набряки та протеїнурія під час пологів, важка прееклампсія, кровотечі, пов'язані з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, передлежанням плаценти.

У 2025 р. за даними пологових відділень (аналогічно до звітності з антенатального спостереження) зросла частота набряків, протеїнурій, гіпертензивних порушень під час пологів на 47,3%. Так, у 2021 р. зазначений показник становив 81,9 на 1 тис. пологів та збільшився у у 2025 р. до 120,8 на 1 тис. пологів.

Схожа тенденція відмічена під час пологів і у зростанні показника числа важкої прееклампсії. Це пов'язано з тим, що саме гіпертензивні стани, протеїнурія та набряки є клінічними критеріями прееклампсії, що при досягненні визначеного порогового рівня переходять у її тяжку форму.

Отже, у 2025 р. частота важкої прееклампсії складала показник 8,6 на 1 тис. пологів проти 6,5 у 2021 р., демонструючи зростання на 32,1%

Привертає увагу зростання частоти аномалій пологової діяльності у 2025 р. на 17,2% у порівнянні з 2021 р. (з 42,0 на 1 тис пологів у 2021 р. до 49,1 на 1 тис пологів у 2025 р.)

Виявлено деяку тенденцію до зростання частоти випадків кровотеч, пов'язаних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти - на 6,2% і кровотеч, пов'язаних з передлежанням плаценти – на 9,7% у 2025 році в порівнянні з 2021 р.

Динаміка суто інтрапартальних ускладнень, а саме аномалій пологової діяльності та кровотеч у післяпологовому періоді, переважна більшість з яких має місце у перші години після пологів, є стабільною з незначною тенденцією до росту на 4,6%, з 8,8 на 1 тис пологів у 2021 р. до 9,3 на 1 тис пологів у 2025 р.

Показник акушерського травматизму є важливими для оцінки якості надання медичної допомоги під час пологів. Далі були оцінені розриви промежини III-IV ступенів та розриви матки.

Аналіз даних 2025 р. показав, що число розривів промежини III-IV ступенів дещо знизилося, доівнюючи 0,14 на 1 тис пологів проти 0,16 на 1 тис пологів у 2021 р.

Втім, у 2025 р. зареєстровано 24 випадки розриву матки (з них 12 – відбулися поза стаціонаром). Й хоча частота цього ускладнення є відносно невисокою, його важкість та тенденція до зростання (рис. 3.9) варті уваги.

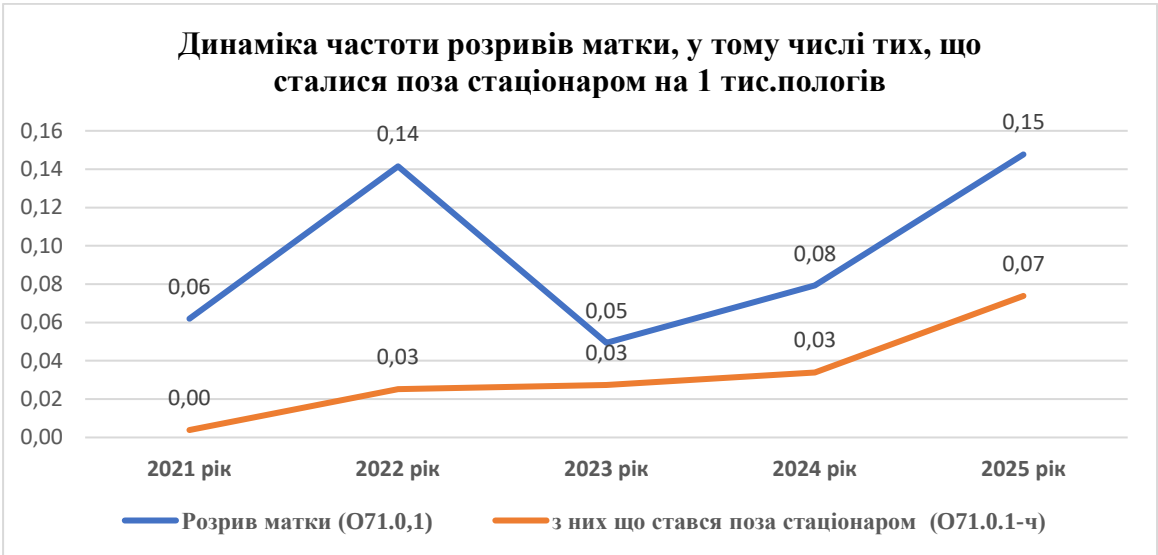


Рис. 3.9. Динаміка частоти розривів матки, у тому числі тих, що сталися поза стаціонаром в Україні на 1 тис. пологів за 2021-2025 рр.

Важливим аспектом надання медичної допомоги є аналіз кількості передчасних пологів (рис. 3.10). Зазначений показник має невиражену, але стійку тенденцію до зростання: у 2025 р. частота передчасних пологів дорівнювала 37,3 на 1 тис. пологів проти 35,6 у 2021 р.. Деяке зменшення частки передчасних пологів спостерігалося у 2022 р, втім, зважаючи на максимально виражену міграцію та порушення наступності у наданні антенатальної допомоги, дані цього періоду можуть бути неповними.

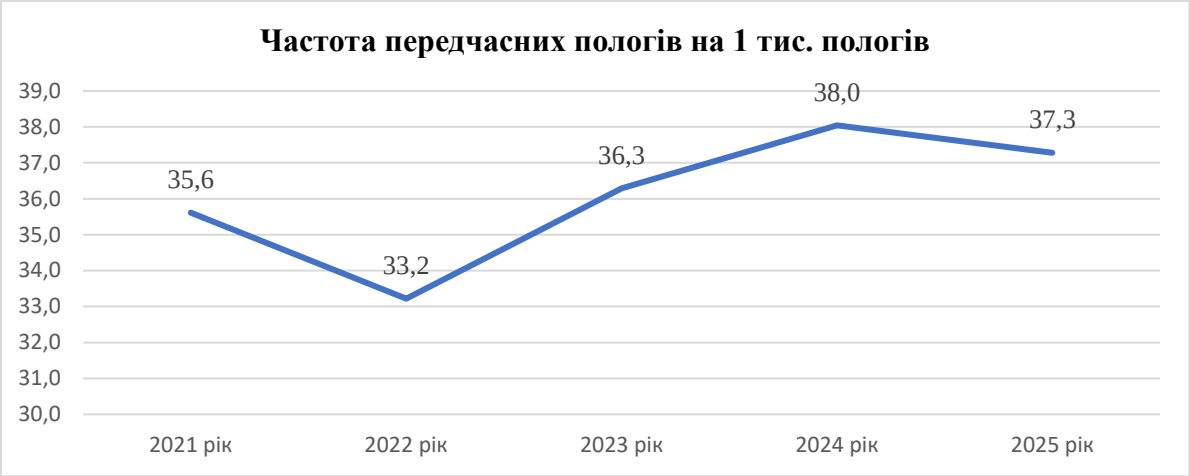


Рис. 3.10. Показник кількості передчасних пологів на 1 тис. пологів за період 2021-2022 рр.

Показник материнської смертності у 2025 р. мав найнижчі показники за останні 5 років й дорівнював 15,87 на 100 тис. народжених живими (Рис.3.11), демонструючи зменшення майже в 3 рази у порівнянні з даними 2021 р., коли його високі рівні були обумовлені впливом пандемії COVID-19.



Рис. 3.11. Динаміка показника материнської смертності в Україні за 2021-2025 рр. (на 100 тис. новонароджених).

3.5 Здоров’я новонароджених.

У 2025 р. в Україні частка дітей, які народились хворими та захворіли, у загальній кількості новонароджених збільшилась до 234,6 на 1 тис. народжених живими у порівнянні з 186,0 на 1 тис. народжених живими у 2020 р. (рис. 3.12).

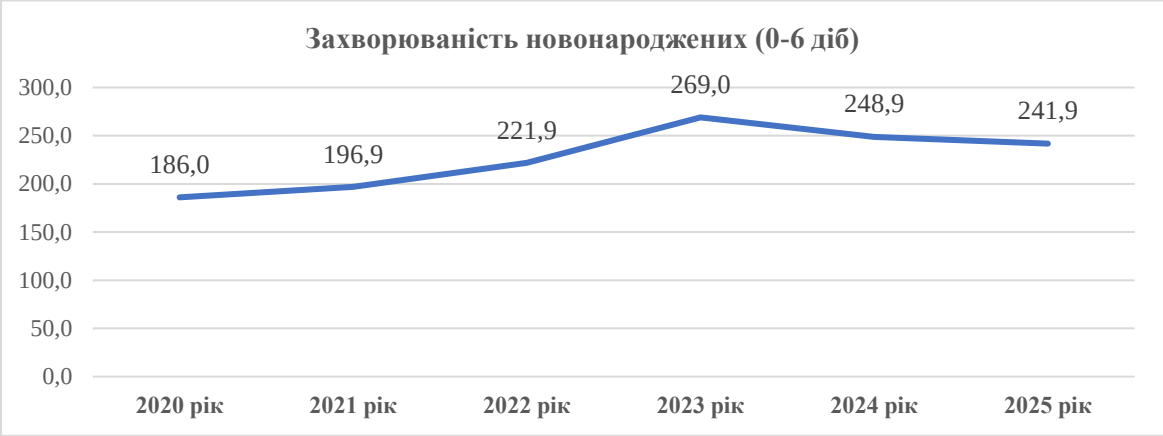


Рис. 3.12. Захворюваність новонароджених (народилися хворими та захворіли у віці 0-6 діб) на 1000 народжених живими, в Україні у період 2020-2025 рр.

Варто зазначити, що захворюваність новонароджених мала суттєве зростання з 2020 р., сягнувши максимальних значень у 2023 р. із подальшою незначною тенденцією до зниження, а саме: 2020 р. – 186,0 на 1тис.народжених живими, 2021 р. – 196,9 на 1тис.народжених живими, 2022 р. – 221,9 на 1тис.народжених живими, 2023 – 269,0 на 1тис.народжених живими, 2024 р. – 248,9 на 1тис.народжених живими, 2025 р. – 234,6 на 1тис.народжених живими.

Ймовірно, зазначене зростання захворюваності у 2020-2021 рр. певною мірою обумовлене пандемією COVID-19. У той же час, стрімке зростання захворюваності в 2022-2023 рр., ймовірніше пов'язане з проблемами в організації наданні перинатальної допомоги (допологове ведення вагітних, доступ до перинатальної допомоги тощо) у перші роки війни з російською федерацією.

Традиційно в Україні найбільший показник захворюваності на 1000 новонароджених дітей відмічається за групою нозологій «Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді» (P05-P96). Вказаний показник збільшився з 280,4 у 2021 р. до 398,8 у 2025 р. (темп відсоткового збільшення склав +42,2 %).

Друге місце за показником захворюваності на 1000 новонароджених посідають «Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення» (*Q00-Q99*). У 2025 р. вказаний показник збільшився до 48,3 у порівнянні з 29,7 у 2021 р. (темп відсоткового збільшення склав +62,6 %).

У період 2021-2025 рр. найбільші темпи зростання захворюваності новонароджених зареєстровано за хворобами: «Гематологічні порушення» (*P60-P61*), «Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи» (*P52*) та «Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді» (*P22-P28*).

Так, показник захворюваності на «Гематологічні порушення» у 2025 р зріс на 140,4% та склав 10,0 на 1000 новонароджених проти 4,2 на 1000 новонароджених у 2021 р. Зростання показника захворюваності на «Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи» відбулося з 3,6 на 1000 новонароджених у 2021 р. до 7,5 на 1000 новонароджених у 2025 р. Захворюваність на «Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді» демонструє збільшення з 46,8 на 1000 новонароджених у 2021 р. до 67,9 на 1000 новонароджених у 2025 р.

У той же час, в цей період спостерігається зменшення захворюваності новонароджених на неонатальний аспіраційний синдром – на -13,4% внутрішньочерепну пологову травму – на -11,7% та гіпотермію – на -5,8%

Представлені дані в таб. 3.6 свідчать про суттєве прогностичне зростання захворюваності за розділом хвороб «Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді» *(P05-P96)* на 1000 новонароджених дітей, у 2026 р. Зокрема, прогнозується значне зростання за лінійним сценарієм наступних захворювань: «Внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія у пологах» *(P20-P21)* (20,4 проти 31,43 на 1000 новонароджених), «Порушення функцій дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді» *(P22-P28)* (67,9 проти 91,36

на 1000 новонароджених), «Гемолітична хвороба плоду та новонародженого, водянка плоду, ядерна жовтяниця *(P55-P57)*» (10,6 проти 15,4 на 1000 новонароджених).

Таблиця 3.6. Показники захворюваності на 1000 новонароджених дітей на «Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді (*P05-P96*)» у 2025 р. та прогностичний показник у 2026 р. за лінійним математичним сценарієм.

Назва стану	Показник захворюваності на 1000 новонароджених дітей	
	2025 р.	Прогностичний показник у 2026 р. (лінійний сценарій)
Сповільнений ріст, недостатність живлення плоду (P05)	16,6	16,29
Родова травма (P10-P15)	22,4	22,99
Внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія у пологах (P20-P21)	20,4	31,43
Порушення функцій дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді (P22-P28)	67,9	91,36
Інфекції, специфічні для перинатального періоду (P35, P37-P39)	20,4	27,26
Бактеріальний сепсис новонароджених (P36)	2,1	2,68
Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи (P52)	7,5	6,59
Геморагічна хвороба (P53)	1,0	1,2
Гемолітична хвороба плоду та новонародженого, водянка плоду, ядерна жовтяниця (P55-P57)	10,6	15,4
Неонатальна жовтяниця, обумовлена надмірним гемолізом, іншими причинами	68,1	95,01
Гематологічні порушення (P60-P61)	10,0	8,61
Розлади травлення (P75-P78)	3,5	3,99
Гіпотермія (P80)	0,2	0,44
Інші порушення церебрального статусу новонародженого (P91)	49,5	78,56
Інші стани перинатального періоду	98,6	108,68

Темпи відсоткового зростання захворюваності за окремими нозологіями на 1000 новонароджених дітей з 2022 р. по 2026 р. представлені на рис. 3.13

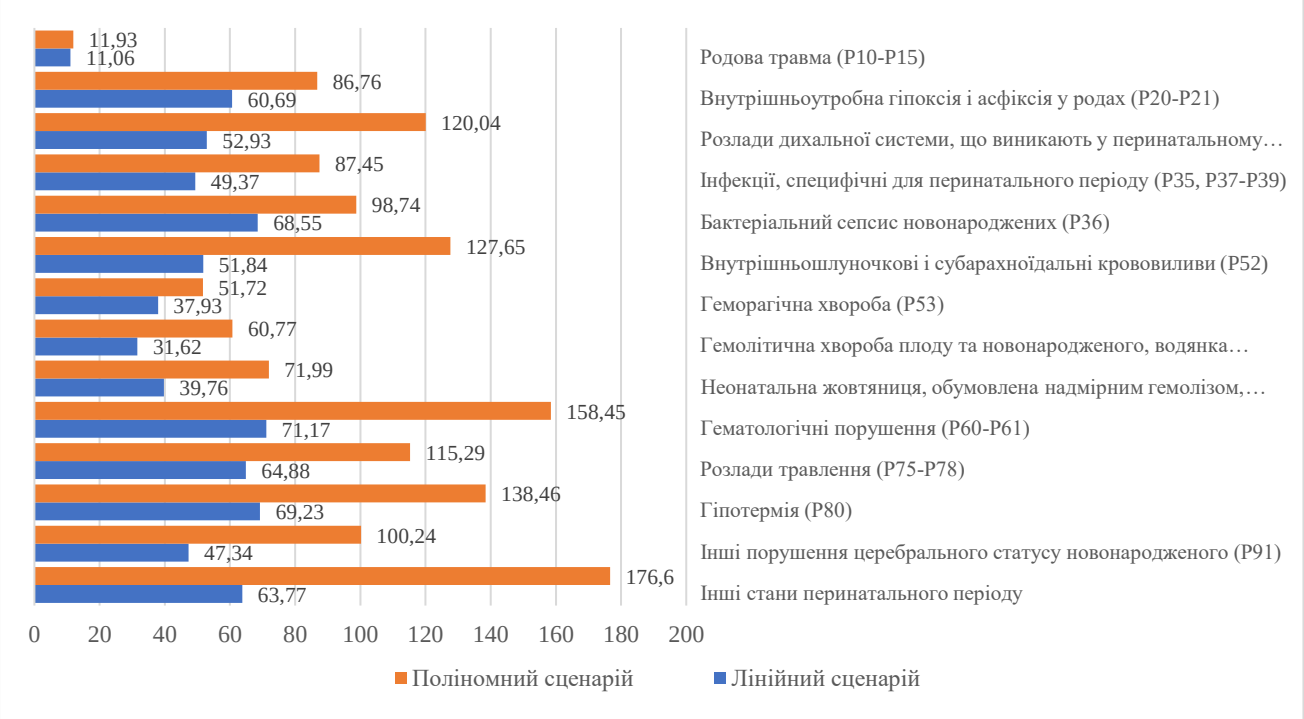


Рис. 3.13. Прогностичні темпи відсоткового зростання показників захворюваності за окремими нозологіями на 1000 новонароджених у період з 2022 р. по 2026 р., p<0,05.

У 2025 р. з числа новонароджених, що народилися хворими або захворіли в ранньому неонатальному періоді померло 358 дітей (показник летальності склав 0,90 на 100 новонароджених хворих і тих, що захворіли), цей показник продовжує негативну тенденцію зростання у порівняні з попередніми роками: 2024 р. – 0,89 на 100 новонароджених хворих, 2023 р. – 0,80 відповідно.

При цьому, спостерігається зростання летальності серед новонароджених вагою до 1000 г – у 2025 р. померло 26,0 % дітей з числа народжених хворими та захворілими проти 24,7% у 2024 р.

Незважаючи на тривожні тенденції, необхідно зауважити, що завдяки запровадженню з 2011 р. в Україні регіоналізації перинатальної допомоги впродовж останніх 15 років летальність новонароджених, які народилися хворими чи захворіли, зменшилася майже вдвічі: з 1,96 у 2011 р. до 0,90 на 100 народжених хворими чи тих, що захворіли у 2025р. Запровадження регіоналізації перинатальної допомоги дозволило забезпечити якісну та доступну допомогу новонародженим з використанням сучасних високотехнологічних медичних технологій шляхом запровадження маршрутизації вагітних високого перинатального ризику до високоспеціалізованих перинатальних центрів, де було сконцентровано спеціально підготовлений медичний персонал та спеціальне обладнання.

У період з 2021 р. по 2025 р. показник летальності новонароджених дітей за хворобами «Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді» (*P05-P96*) зменшився на 32,3% – з 0,67 на 100 народжених хворими та захворілими на вищезазначену патологію у 2021 р. до 0,45 у 2025 р. Показник летальності новонароджених дітей за хворобами «Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення» (*Q00-Q99*) також зменшився на 41,7% – з 1,15 на 100 народжених хворими та захворілими на вищезазначену патологію у 2021 р. до 0,67 у 2025 р.

Слід зазначити, що у 2025 р. найвищі показники летальності новонароджених зареєстровано за діагнозами «Бактеріальний сепсис новонароджених» (*P36*) – 10,4 на 100 народжених хворими та захворілими на вищезазначену патологію, «Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи» (*P52*) – 2,7 та «Внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія у пологах» (*P20-P21*) – 1,7 відповідно.

Проте, порівняно з 2021 р. показники летальності за вказаними нозологіями мають тенденції до зниження. Зменшення вказаної летальності свідчить про ефективність організації надання перинатальної допомоги в Україні. Відомо, що бактеріальний сепсис є однією з основних причин неонатальної смертності та тривалої захворюваності новонароджених . У світі реєструється загальна захворюваність на неонатальний сепсис у 28,24 випадках на 1000 живонароджених (95% ДІ від 1892 до 4194) [117; 188]. В Україні зафіксовано 2,1 випадків на 1000 живонароджених, що значно менше світових показників. Особливо страждають від сепсису недоношені новонароджені та новонароджені з дуже низькою вагою. У світі летальність новонароджених від сепсису становить у середньому 17,6 випадків на 100 хворих, в Україні в 2025 р. – 10, 4 випадки на 100 хворих новонароджених [159].

За даними UNICEF у всьому світі майже 78 % усіх смертей новонароджених є результатом трьох причин, яким можна запобігти та вилікувати: ускладнення передчасних пологів, події, пов'язані з пологами (асфіксію при пологах, родова травма тощо) та інфекції нижніх дихальних шляхів. Пологові травми обумовлюють 10 % смертей в світі. У США пологові травми трапляються приблизно у 20-30 випадків на 1000 пологів. В Україні за підсумками 2025 р. серед народжених хворими та захворілих в структурі смертей найбільшу частку мали нозології: «Внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія у родах» (15,9 %), «Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення» (14,8%) та «Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді» (14,0%).

Тобто, як і в зарубіжних країнах, так і в Україні найбільшу частку смертей новонароджених мають події, які пов'язані з пологами.

Для зменшення захворюваності та смертності новонароджених з метою покращення виживання новонароджених дітей ВООЗ рекомендує розширювати масштаби перинатальної допомоги на основі посилення зусиль покращення якості допологового догляду, сприяння

пологам у ЗОЗ, надання необхідної та невідкладної акушерської допомоги та забезпечення негайного післяпологового догляду.

Крім того, відповідно до операційної цілі 3 Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р., схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. №34-р за державний кошт здійснюється забезпечення розвитку та підтримки програм екстракорпорального запліднення та інших видів допоміжних репродуктивних технологій, програм репродуктивного здоров'я. У 2025 р. 43 заклади по всій території України уклали договори з НСЗУ на надання медичних послуг за пакетом медичних гарантій «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій». За звітний 2025 р. за допомогою програм екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) та інших видів допоміжних репродуктивних технологій народилося 10187 дітей.

3.5. Висновки.

1. Аналіз основних показників надання медичної допомоги при вагітності, пологах та у післяпологовому періоді породіллі та новонародженому дозволив виявити наступні тренди, а саме:

- зменшення загальної кількості вагітностей і пологів в Україні з аналогічним прогнозом до 2026 р.;
- скорочення відсотку фізіологічних пологів із подальшим збереженням цієї тенденції;
- збільшення відсотку передчасних пологів із подальшим збереженням цієї тенденції;
- збільшення відсотку жінок з вже наявною або вперше виявленою під час вагітності екстрагенітальною патологією, зокрема захворювання на цукровий діабет, інфекції сечостатевої системи, венозні стани під час вагітності, які створюють передумови до ускладненого перебігу гестаційного періоду та можуть бути причиною субоптимального внутрішньоутробного стану плода, що, поряд з іншими факторами, є причиною зростання частки передчасних пологів і важких анте-, інтра- та постнатальних станів новонароджених;
- зростання інтранатальних ускладнень, передусім кровотеч, як через передлежання плаценти, так і за рахунок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, протеїнурії, важкої прееклампсії та гіпертензивних станів, набряків під час пологів із подальшим збереженням тенденції до збільшення;
- збільшення відсотку утруднених пологів із подальшим збереженням даної тенденції;
- помірній рівень материнського травматизму та материнської смертності внаслідок акушерських ускладнень.

2. В Україні у період з 2021 р. по 2025 р. скоротилася частота ранньої неонатальної смертності, показник якої зменшився з 1,8‰ до 1,6 ‰ та прогнозується його подальше зменшення у 2026 р. Проте залишається достовірна динаміка до зростання смертей недоношених дітей і дітей з масою до 1000 г.

3. У 2025 р. частка дітей, які народились хворими та захворіли, від загальної кількості новонароджених дітей в Україні збільшилась до 241,9 на 1 тис. народжених живими з 196,9 у 2021 р. Зростання показника ймовірніше, пов'язані з проблемами в організації надання перинатальної допомоги (допологове ведення вагітних, доступ до перинатальної допомоги тощо), які обумовлені війною з російською федерацією.

4. В Україні найбільший показник захворюваності відмічається за групою нозологій «Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді» (*P05-P96*). Вказаний показник збільшився з 280,4‰ у 2021 р. до 398,8‰ у 2025 р. На другому місці за показником захворюваності посідають «Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення» (*Q00-Q99*), який збільшився у вказаний період до 48,3‰ у порівнянні з 29,7‰.

5. У період 2021-2025 рр. найбільші темпи зростання захворюваності новонароджених зареєстровано за хворобами: «Гематологічні порушення» (*P60-P61*) - на 140,4% та склав 10,0 на 1000 новонароджених проти 4,2 на 1000 новонароджених у 2021 р, «Внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи» (*P52*) з 3,6 на 1000 новонароджених у 2021 р до 7,5 на 1000 новонароджених у 2025 р. та «Розлади дихальної системи,що виникають

у перинатальному періоді» (*P22-P28*) з 46,8 на 1000 новонароджених у 2021 р. до 67,9 на 1000 новонароджених у 2025 р.

У той же час, в цей період спостерігається зменшення захворюваності новонароджених на неонатальний аспіраційний синдром – на –13,4% внутрішньочерепну пологову травму – на –11,7% та гіпотермію – на –5,8% що певним чином свідчить про вдосконалення ведення пологів та покращення догляду.

6 . Частка фізіологічних пологів від загального числа пологів у 2025 р. становила 60,6 % що є нижчим за показник 2021 р. - 62,1%. Прогнозується її подальше зниження до 61,65 % у 2026 р. Показник своєчасного (до 12 тижнів вагітності) надходження під антенатальне спостереження, з початку війни з російською федерацією зазнав зменшення з подальшою негативною динамікою, становивши у 2025 р 84,9% проти 89,5% у 2021 р.

Показник материнської смертності у 2025 р. мав найнижчі показники за останні 5 років й дорівнював 15,87 на 100 тис. народжених живими.

7. Серед екстрагенітальної патології привертає увагу зростання частоти цукрового діабету, що ускладнює вагітність *(O24*), у 2025 р. цей показник сягнув значення 26,9 на 1 тис. завершених вагітностей, що у 2,8 рази вище даних 2021 р., коли він дорівнював 9,4 на 1 тис. завершених вагітностей. Втім, у загальній структурі екстрагенітальних захворювань, що ускладнюють вагітність та пологи перше місце по частоті виникнення посідають анемії – 250,5 на 1 тис. завершених вагітностей, на другому місці – інфекції сечостатевої системи, 138,1 на 1 тис. завершених вагітностей, на третьому – хвороби щитоподібної залози, 111,1 на 1 тис. завершених вагітностей.

8. Впродовж останніх років триває суттєве зростання кількості оперативного розродження шляхом операції кесарського розтину (рис. 3.5). Так, даний показник у 2025 р. становив 294,15 на 1 тис. пологів проти 269,18 на 1 тис. пологів у 2021 р.

Прогнозується зростання вказаного показника у 2026 р. до 31,4%, що пов’язано зі збільшенням ускладнених станів у перипартальний або інтрапартальний період, що є причиною неможливості фізіологічного розродження, а саме гіпертензивні розлади, набряки та протеїнурія під час пологів, важка прееклампсія та аномаліях пологової діяльності, які за підсумками 2025 р. демонструють стійкі тенденції до зростання. Так у 2025 р. частота важкої прееклампсії складала показник 8,6 на 1 тис. пологів проти 6,5 у 2021 р., демонструючи зростання на 32,1%.

Розділ 4. Епідемічна ситуація з інфекційних хвороб в Україні.

4.1. Загальна характеристика інфекційних хвороб в Україні за 2023-2025 рр.

Епідемічна ситуація щодо інфекційних хвороб в Україні у 2023-2025 рр. характеризується складною та неоднорідною динамікою, що поєднує ознаки часткової стабілізації за окремими групами інфекційних хвороб із одночасним підвищенням епідемічних ризиків за низкою нозологій.

Аналіз офіційних статистичних даних за 2023–2025 рр. проведено за формою звітності № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20___ рік», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 378 від 02 червня 2009 року «Про затвердження форм звітності з інфекційних і паразитарних захворювань, щеплень проти окремих інфекційних хвороб та інструкцій щодо їх заповнення» та зареєстровані в Міністерстві юстиції України 17 червня 2009 р. за № 526/16541 та даних електронної системи епідеміологічного нагляду (ЕСЕН).

Загальна кількість зареєстрованих випадків інфекційних хвороб демонструє стійку тенденцію до зростання: з 5,39 млн випадків у 2023 р. до 6,12 млн у 2025 р., що супроводжується підвищенням інтенсивного показника захворюваності з 13148,9 до 14936,4 на 100 тис. населення та відповідає приросту на 13,6%. Зазначене зростання зумовлене переважно збільшенням кількості випадків захворювань на грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), частка яких у структурі інфекційної захворюваності перевищує 97%, що визначає їх ключовий вплив на загальні показники епідемічного процесу.

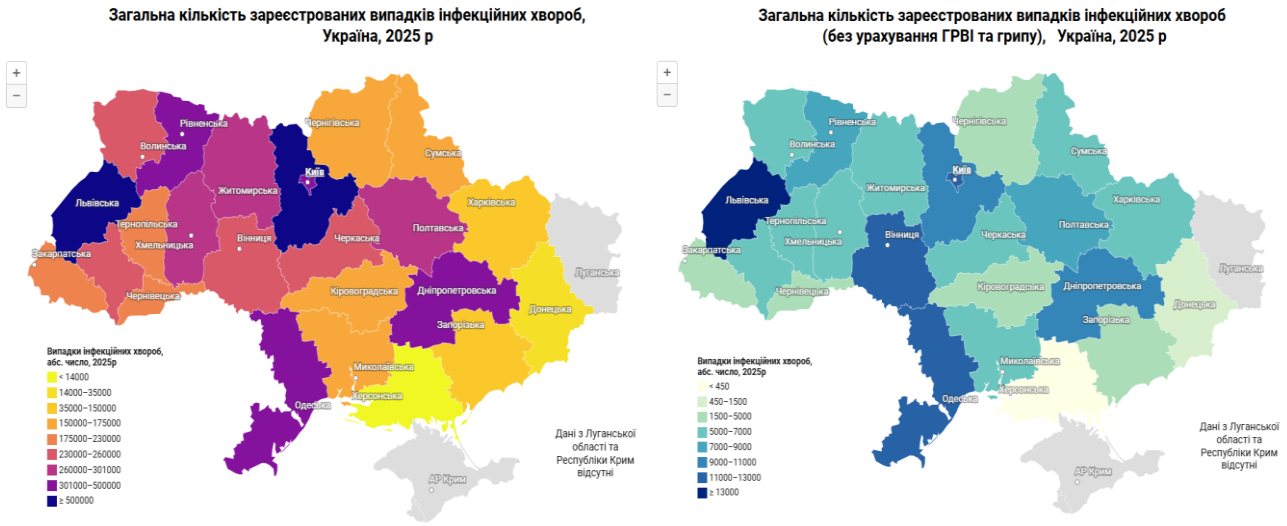


Рис. 4.1. Географічна візуалізація загальної кількості випадків інфекційних хвороб, Україна, 2025 р.

Регіональний розподіл захворюваності є нерівномірним. Найвищі показники ГРВІ у 2025 р. відмічалися у Київській (30922,54 на 100 тис. населення) та Рівненській областях (26543,14 на 100 тис. населення), що на 8,8% та 6,7% відповідно перевищує показники 2024 р.

Водночас найнижчі показники захворюваності реєструвалися у Донецькій (824,17 на 100 тис. населення) та Херсонській (1351,68 на 100 тис. населення) областях. Слід враховувати, що такі показники, ймовірно, не відображають реальну епідемічну ситуацію та можуть бути зумовлені обмеженим доступом до медичної допомоги, порушенням системи реєстрації випадків і міграцією населення в умовах активних бойових дій.

Серед загальної кількості випадків інфекційних хвороб частка дітей віком 0-18 років становить 55,8%, з них діти першого року життя - 0,08%. Водночас, при аналізі захворюваності без урахування грипу та ГРВІ частка випадків серед дітей зростає до 67,99%, з дітей першого року життя серед них – до 3,18%.

Аналіз, проведений із виключенням випадків ГРВІ, грипу та грипу у 2025 р. на 13,8% порівняно з 2023 р. Динаміка є поступовою: у 2024 р. приріст становив 7,3% порівняно з 2023 р., а в 2025 р. - ще 6,0% порівняно з 2024 р.

Така тенденція може бути зумовлена впливом короткострокових факторів, зокрема сезонними коливаннями, активізацією міграційних процесів, змінами в доступності медичної допомоги та особливостями реєстрації випадків. Разом із тим, це може свідчити про поступову адаптацію системи епідеміологічного нагляду та покращення виявлення випадків.

Дані щодо інфекційної захворюваності в Україні за 2023-2025 рр. наведені в таб. 4.1.

Таблиця 4.1. Інфекційна захворюваність населення України у 2023-2025 рр.

Найменування захворювань	Шифр за МКХ-10	2023 р.		2024 р.		2025 р.	
		випадки	на 100 тис. нас.	випадки	на 100 тис. нас.	випадки	на 100 тис. нас.
Холера	*A00*	1	0,002	-	-	-	-
Черевний тиф	*A01.0*	1	0,002	-	-	1	0,02
Паратиф А, В, С та неуточнений	*A01.1-4*	1	0,002	-	-	-	-
Інші сальмонельозні інфекції	*A02*	4412	10,76	4406	10,74	3842	9,37
Шигельоз, усього	*A03*	192	0,47	169	0,41	107	0,26
Ентерити, коліти, гастроентерити, харчові токсикоінфекції, спричинені іншими встановленими збудниками	*A04.0-8; A05.0,2-4.8; A08.0-3,5*	21 701	52,93	24169	58,95	20707	50,51
у т.ч. кампілобактеріальний ентерит	*A04.5*	116	0,283	115	0,281	129	0,31
ентерити, спричинені ієрсинією ентероколітика	*A04.6*	108	0,26	87	0,21	46	0,11
ротавірусний ентерит	*A08.0*	3 000	7,32	3463	8,44	3054	7,45
Гострі кишкові інфекції, спричинені невстановленими збудниками, та неточно визначені харчові токсикоінфекції	*A04.9; A05.9; A09*	28 703	70,01	32001	78,05	25867	63,09
Туляремія	*A21*	1	0,002	-	-	-	-
Бруцельоз	*A23*	2	0,01	1	0,002	-	-
Лептоспіроз	*A27*	433	1,06	409	0,99	223	0,54
Правець	*A33-A35*	6	0,015	12	0,029	10	0,02
Дифтерія	*A36*	1	0,002	1	0,002	-	-
Кашлюк	*A37*	707	1,72	7545	18,4	1123	2,74
у т.ч. паракашлюк	*A37.1*	4	0,01	14	0,034	4	0,01
Скарлатина	*A38*	10 445	25,48	15494	37,79	9855	24,04
Менінгококова інфекція	*A39*	154	0,38	167	0,4	128	0,31
Хвороба Лайма	*A69.2*	4 911	11,98	5431	13,24	6748	16,46
Сказ	*A82*	1	0,002	2	0,005	2	0,01
Кліщовий вірусний енцефаліт	*A84*	1	0,002	4	0,1	6	0,01
Вірусний менінгіт	*A87*	101	0,25	84	0,2	52	0,13
Вірусні гарячки та вірусні геморагічні гарячки	*A90-A99*	18	0,04	103	0,25	445	1,09
у т.ч. гарячка Західного Нілу	*A92.3*	14	0,03	99	0,24	3	0,01
геморагічна гарячка з нирковим синдромом	*A98.5*	3	0,007	3	0,007	436	1,06
Вітряна віспа	*B01*	39 621	96,64	91589	223,4	59578	145,32
Кір	*B05*	65	0,16	433	1,05	1502	3,66
Краснуха	*B06*	11	0,027	12	0,029	6	0,01
Вірусний гепатит	*B15-B19*	9 946	24,26	12042	29,37	10840	26,44
у т.ч. гострий гепатит А	*B15*	1050	2,56	1536	3,74	1079	2,63
гострий гепатит В	*B16*	759	1,85	710	1,73	494	1,20
гострий гепатит С	*B17.1*	439	1,07	430	1,05	393	0,96
хронічний вірусний гепатит	*B18*	7 595	18,53	9310	22,7	8823	21,52
у.т.ч. хр. гепатит В	*B18.0-1*	1 391	3,39	1654	4,03	1525	3,72
хр. гепатит С	*B18.2*	6 144	14,99	7601	18,54	7276	17,75

Найменування захворювань	Шифр за МКХ-10	2023 р.		2024 р.		2025 р.	
		випадки	на 100 тис. нас.	випадки	на 100 тис. нас.	випадки	на 100 тис. нас.
Епідемічний паротит	*B26*	529	1,29	142	0,34	47	0,11
Інфекційний мононуклеоз	*B27*	2447	5,97	2597	6,33	2095	5,11
Малярія	*B50-B54*	10	0,02	4	0,01	11	0,03
Інші трематодози	*B66*	236	0,58	137	0,33	163	0,40
у т.ч. опісторхоз	*B66.0*	236	0,58	134	0,32	159	0,39
Гіменолепідоз	*B71.0*	29	0,07	25	0,06	72	0,18
Аскаридоз	*B77*	16 627	40,56	12316	30,04	10762	26,25
Трихуроз	*B79*	235	0,57	206	0,5	167	0,41
Ентеробіоз	*B80*	8 755	21,36	6327	15,43	4584	11,18
ГРВІ	*J06*	5226979	12749,45	5607007	13676,39	5926922	14456,72
Грип	*J10-J11*	13286	32,41	17736	43,26	37538	91,56
Менінгіт, спричинений *H.influenzae*	*G00.0*	2	0,01	-	-	-	-
Пневмококовий менінгіт	*G00.1*	21	0,05	16	0,039	14	0,03
Інші бактеріальні менінгіти	*G00.2-3; G00.8-9*	143	0,35	188	0,45	153	0,37
ВСЬОГО випадків		**5390734**	**13 148,87**	**5840777**	**14246,59**	**6123576**	**14936,39**
ВСЬОГО (без носіїв, грипу, ГРІ)		**150 469**	**367,02**	**216034**	**526,94**	**159112**	**388,10**

Упродовж 2023-2025 рр. епідемічна ситуація формувалася під впливом окремих інфекційних та паразитарних хвороб, характеристика яких наведена нижче.

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) формують одну з провідних груп інфекцій, що визначають значне навантаження на систему охорони здоров'я та відображають рівень санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Динаміка захворюваності на ГКІ характеризується хвилеподібними коливаннями з підйомом у 2024 р. та зниженням у 2025 р., але без суттєвого виходу за межі середніх багаторічних значень.

У 2024 р. спостерігається зростання захворюваності за більшістю нозологічних форм ГКІ порівняно з 2023 р., що може ймовірно пов'язане з посиленням впливу сезонних чинників, порушенням умов приготування, зберігання та транспортування харчових продуктів, недотриманням гігієни рук, а також активізацією міграційних процесів населення. У 2025 р. спостерігається зниження рівнів захворюваності майже за всіма основними нозологіями, що свідчить про певну стабілізацію епідемічної ситуації.

Кількість випадків **сальмонельозу** за період спостереження поступово зменшується на 12,9%: з 4412 у 2023 р. до 3842 у 2025 р. Подібна динаміка може свідчити про відносну ефективність заходів контролю, зокрема у сфері безпечності харчових продуктів. Водночас рівень захворюваності залишається достатньо високим, що вказує на стійку циркуляцію збудника у популяції та збереження епідемічних ризиків. Найбільша кількість випадків у 2025 р. зареєстровано у Дніпропетровській області (465), у м. Києві (305), Харківській (303) та Львівській області (254 випадки). Найменше випадків зареєстровано у Херсонській (4), Тернопільській (23), Донецькій (25) та Кіровоградській (48) областях, що може бути пов'язано як із реально нижчими рівнями захворюваності, так і з особливостями доступу до медичних послуг та реєстрації випадків в окремих областях.

Відмічається виражена тенденція до зниження кількості зареєстрованих випадків **шигельозу**: з 192 у 2023 р. до 107 у 2025 р., зниження на 44,3%. Зменшення кількості випадків шигельозу може бути пов'язане з підвищенням ефективності епідеміологічного нагляду, зокрема своєчасним виявленням, локалізацією та ліквідацією осередків інфекції.

Група **ГКІ, спричинені невстановленими збудниками, та харчові токсикоінфекції інфекційного або неуточненого походження** залишається однією з ключових у структурі інфекційної захворюваності та формує найбільшу частку у структурі ГКІ. Динаміка захворюваності на дані інфекції є нестабільною, однак вираженою: у 2024 р. (32 001 випадків) спостерігається зростання реєстрації випадків на +11,5% у порівнянні з попереднім 2023 р. (28703 випадки), а у 2025 р. (25 867 випадків) - зниження на 19,2% у порівнянні з минулим

роком. Такі коливання можуть бути зумовлені як природною динамікою епідемічного процесу, так і впливом організаційних чинників, зокрема особливостями діагностики, рівнем лабораторного підтвердження та повнотою реєстрації випадків.

Незважаючи на загальне зменшення у 2025 р. кількості зареєстрованих випадків ГКІ невстановленої етіології в Україні, в окремих регіонах продовжують зберігатися високі показники. Найбільша кількість випадків реєструвалася в Одеській області (3641 випадок проти 5524 у 2024 р.), Вінницькій (2179 проти 2614), Дніпропетровській (1630 проти 2021) та м. Києві (1649 проти 2192), а у Львівській області показник не лише високий, а ще й зріс у порівнянні з 2024 роком (3493 проти 3438). Зазначені регіональні особливості можуть відображати як об'єктивно вищу інтенсивність епідемічного процесу (зокрема в умовах високої щільності населення та активної міграції), так кращу доступність населення до медичної допомоги та більш ефективне виявлення і реєстрацію випадків.

Водночас, у низці регіонів із меншими абсолютними показниками, зокрема Донецькій (100 випадків), Херсонській (59), Чернівецькій (526), Сумській (347) областях, спостерігається різке зниження кількості випадків у порівнянні з 2024 р., що може бути зумовлено не лише покращенням епідемічної ситуації, а й обмеженими можливостями діагностики, зниженням звернення населення за медичною допомогою або неповнотою реєстрацією. В окремих регіонах, таких як Житомирська (648 випадків у 2025 р. проти 625 у 2024 р.) та Кіровоградська (233 проти 214 відповідно) області, на тлі загальнонаціонального зниження кількості випадків ГКІ невстановленої етіології відбулося зростання їх виявлення, що може вказувати на покращення діагностики та більш активне виявлення випадків. Загалом, значна частка випадків ГКІ із невстановленим збудником у поєднанні зі значною міжрегіональною варіабельністю абсолютних показників захворюваності, може вказувати на нерівномірний рівень доступу населення до медичної допомоги, розвитку лабораторної бази та потребу у підвищенні якості верифікації збудників кишкових інфекцій.

Серед уточнених форм ГКІ (**ентерити, гастроентерити та харчові токсикоінфекції встановленої етіології**) відзначається подібна нестійка динаміка виявлення випадків, що вказана вище: зростання у 2024 р. (до 24 169 випадків, +11,4% до кількості хворих у 2023 р.) та подальше зниження у 2025 р. (до 20 707 випадків, −14,3% до кількості випадків 2024 р.).

У структурі даної групи ГКІ у 2025 р. відмічаються такі особливості:

відносна стабільність реєстрації **ротавірусної інфекції** (3-3,5 тис. випадків щороку), що підтверджує її ендемічний характер та активну циркуляцію збудника, особливо серед дитячого населення;

незначне зростання реєстрації випадків **кампілобактеріозу** (до 129 випадків у 2025 р. з 116 у 2024 р.), що може бути пов'язано як із реальною тенденцією, так і з покращенням лабораторної діагностики;

виражену тенденцію до зниження кількості випадків **ієрсиніозу** (до 46 випадків у 2025 р. з 108 випадків у 2024 р.), що може свідчити про зменшення впливу відповідних факторів ризику, зокрема пов'язаних із вживанням харчових продуктів тваринного походження.

Окремі інфекції (холера, черевний тиф, паратифи). Випадки холери та паратифів в Україні не реєструвалися у 2024-2025 рр. Зареєстровано лише 1 випадок черевного тифу у 2025 р. (Одеська область). Зазначена епідемічна ситуація свідчить про відсутність ознак активної циркуляції збудників особливо небезпечних інфекцій та загалом підтверджує ефективність функціонування системи епідеміологічного нагляду і профілактичних заходів.

Таким чином, захворюваність населення на ГКІ в Україні у 2023-2025 рр. залишалася загалом контрольованою, але її динаміка не набула стійкого стабілізаційного характеру. Позитивними тенденціями є зниження кількості зареєстрованих випадків бактеріальних інфекцій (сальмонельозу, шигельозу) та окремих бактеріальних ентеритів. Водночас зберігається високий загальний рівень захворюваності на кишкові інфекції, що значною мірою зумовлено високою часткою випадків із невстановленою етіологією, що може свідчити про обмежені можливості лабораторної діагностики та потенційну недооцінку ролі окремих збудників у структурі захворюваності.

Нестабільність динаміки захворюваності за вказаний період часу свідчить про високу чутливість цієї групи інфекцій до впливу комплексу факторів, зокрема сезонних коливань,

міграційних процесів, стану систем водопостачання та харчової безпеки, дотримання населенням гігієнічних практик, включаючи гігієну рук. Стабільна циркуляція ротавірусної інфекції підтверджує необхідність подальшого посилення профілактичних та медико-санітарних заходів, насамперед серед дитячого населення як найбільш уразливої групи.

Загалом, епідемічна ситуація обумовлює потребу у подальшому посиленні системи епідеміологічного нагляду, з акцентом на розширенні можливостей лабораторної діагностики, посилення контролю за безпечністю харчових продуктів і якістю питної води, а також підвищення рівня санітарної культури населення як ключового чинника профілактики кишкових інфекцій.

Природно-осередкові та зоонозні інфекції. Для цієї групи інфекцій характерна виражена варіабельність показників захворюваності, зумовлена впливом природно-кліматичних, екологічних та поведінкових чинників.

Найбільш показовою є стійка тенденція до зростання захворюваності на **хворобу Лайма**, рівень якої у 2023-2025 рр. збільшився на 37,4%. Така динаміка відображає розширення ареалу кліщів-переносників, активізацію природних осередків інфекції, а також зростання частоти контактів населення з ними. Вказані процеси можуть бути зумовлені як кліматичними змінами, так і змінами поведінкових моделей населення (збільшення перебування у природних екосистемах, рекреаційна активність тощо).

У регіональному розрізі у 2025 р. найбільша кількість випадків хвороби Лайма зареєстрована у Київській області (770 випадків), місті Києві (649), Львівській (623), Полтавській (598) та Сумській (527) областях, що свідчить про інтенсивну циркуляцію збудника у зазначених регіонах.

Водночас найвищі темпи приросту захворюваності у 2025 р. порівняно з 2024 р. відмічалися у Чернігівській (+89,2%), Волинській (+78,9%), Сумській (+62,7%), Житомирській (+49,4%) та Львівській (+43,8%) областях. Зазначена динаміка може відображати як реальне поширення інфекції, так і підвищення рівня її виявлення та доступності лабораторної діагностики.

Окремо слід зазначити наявність поодиноких випадків завезеної хвороби Лайма з інших країн (зокрема Німеччини, Польщі), що потребує врахування при оцінці епідемічної ситуації та організації епідеміологічного нагляду.

У 2025 р. кількість зареєстрованих випадків **лептоспірозу** порівняно з 2024 р. суттєво зменшилася на 47,2% (223 випадки проти 409 відповідно). Така динаміка може бути пов’язана з ефективністю впроваджених профілактичних заходів, зокрема контролю за водними джерелами, а також санітарно-гігієнічними заходами.

У регіональному розрізі у 2025 р. найбільша кількість випадків зареєстрована у Львівській (31 випадок; 2024 р. - 30), Тернопільській (27 випадків; 2024 р. - 37), Закарпатській (22 випадки; 2024 р. - 49) та Київській (19 випадків; 2024 р. - 25) областях, що відображає збереження ендемічності інфекції у зазначених регіонах.

Водночас, попри відносно невелику кількість зареєстрованих випадків, у окремих регіонах зберігається високий рівень летальності серед хворих на лептоспіроз. Зокрема, у Київській області у 2025 р. показник летальності становив 31,6% (6 летальних випадків із 19 зареєстрованих), у Чернівецькій області - 33,3% (1 із 3), у Черкаській області - 10,0% (1 із 10).

Зазначене свідчить про високу клінічну значущість лептоспірозу та необхідність підвищення настороженості медичних працівників щодо ранньої діагностики, своєчасного призначення лікування та посилення епідеміологічного нагляду, зокрема в ендемічних регіонах.

Інші зоонозні інфекції (**сибірка, туляремія, бруцельоз, орнітоз, псевдотуберкульоз**) серед населення не реєструвалися або були представлені поодинокими випадками. Водночас природні осередки окремих із зазначених інфекцій продовжують існувати, що створює потенційні передумови для їх циркуляції в довкіллі та можливого виникнення випадків захворювання серед населення.

З огляду на це, зберігається необхідність підтримання систематичного епідеміологічного та епізоотичного моніторингу, особливо в ендемічних територіях, а також забезпечення міжсекторальної взаємодії в рамках підходу «Єдине здоров’я».

Інфекційні захворювання, яким можна запобігти за допомогою вакцинації.

Епідемічна ситуація щодо вакцинокерованих інфекцій залишається нестійкою та характеризується збереженням епідемічних ризиків, що свідчить про наявність системних прогалин у сфері імунопрофілактики, зокрема недостатній рівень охоплення профілактичними щепленнями, нерівномірність їх проведення в регіонах та наявність груп населення з високою сприйнятливістю до інфекцій.

Захворюваність на **кашлюк** у 2024 р. порівняно з 2023 роком зросла більш ніж у 10 разів. У 2025 році відмічається суттєве зниження кількості випадків (до 1123), однак рівень захворюваності залишався вищим, ніж у 2023 році. Зазначена динаміка свідчить про хвилеподібний перебіг епідемічного процесу, що, ймовірно, зумовлено накопиченням сприйнятливого прошарку населення на тлі недостатнього охоплення вакцинацією та зниження поствакцинального імунітету. Найвищі показники захворюваності реєструються серед дітей віком 0-17 років, із максимальним ризиком серед дітей першого року життя. Водночас у 2025 р. серед дорослого населення зареєстровано 123 випадки, що становить 11,0% від загальної кількості захворілих, що свідчить про збереження циркуляції збудника у популяції.

Аналіз вакцинального статусу серед дітей до 18 років, які захворіли на кашлюк, показав, що 31,8% не були щеплені проти кашлюка (з них 30,6% не мали жодного щеплення, у 1,2% відсутні документально підтверджені дані про вакцинацію). Частка дітей із неповним курсом імунізації становила: 1 щеплення - 5,3%, 2 щеплення - 3,8%, 3 щеплення - 8,8%. Повний курс вакцинації (4 щеплення) мали 50,3% захворілих дітей.

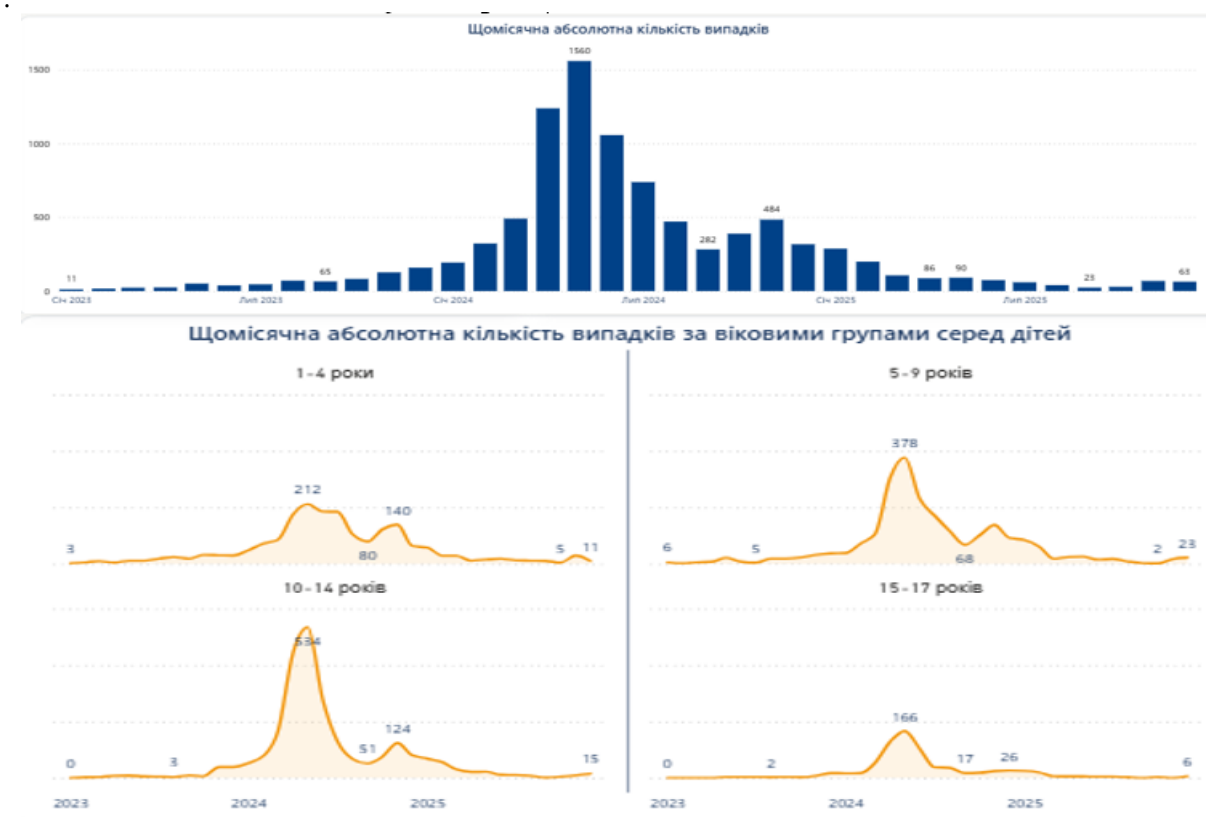


Рис. 4.2. Динаміка реєстрації випадків захворювання на кашлюк по Україні за 2023-2025 рр.

За останні три роки в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання захворюваності на кір: у 2025 р. її рівень зріс у 23,1 рази порівняно з 2023 р., що відображає глобальну тенденцію до підвищення захворюваності на кір у світі. Така динаміка є класичним індикатором недостатнього охоплення профілактичними щепленнями та накопичення значного прошарку сприйнятливого населення, що створює передумови для виникнення масштабних спалахів.

У 2025 р. зареєстровано 1 502 випадки кору проти 433 у 2024 р. та 65 у 2023 році. Серед дітей віком 0-17 років у 2025 р. зафіксовано 1 104 випадки (у 2024 р. - 365, у 2023 р. - 35), що свідчить про інтенсивну циркуляцію збудника у дитячому середовищі. У віковій структурі

захворюваності переважали діти віком 1–4 років (21%) та дорослі (27%), що вказує на недостатній рівень колективного імунітету в цих вікових групах.

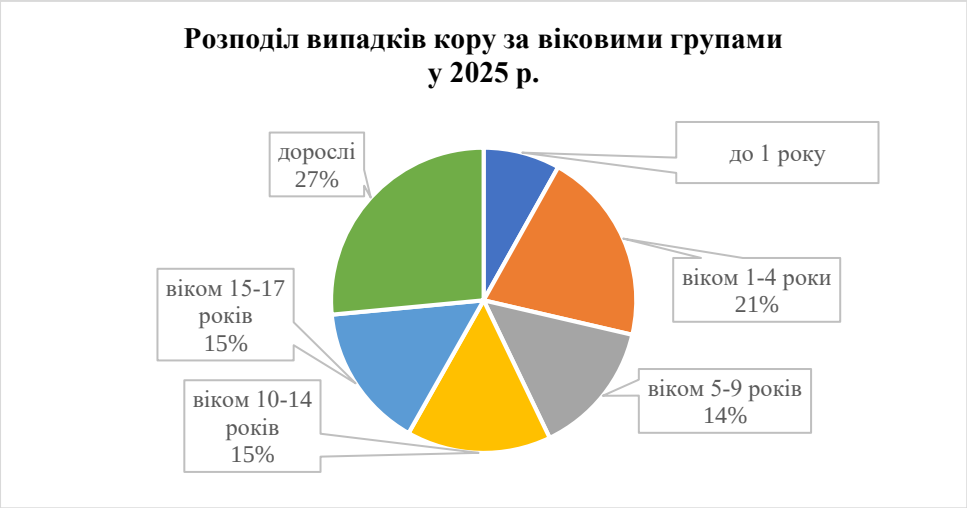


Рис. 4.3. Розподіл випадків кору за віковими групами, Україна, 2025 р.

У 2025 р. випадки кору реєструвалися у 20 регіонах країни. Найбільша кількість випадків припадала на Івано-Франківську (473 випадки), Чернівецьку (346), Вінницьку (215) та Закарпатську (170) області, що сумарно становило 80,2% від усіх зареєстрованих випадків. Водночас випадки не реєструвалися у Кіровоградській, Рівненській, Херсонській та Сумській областях (відсутні дані по Луганській області).

Зареєстровано 2 летальні випадки серед дітей, які не були щеплені проти кору (Чернівецька та Одеська області), що підкреслює тяжкість перебігу інфекції у невакцинованих осіб.

Із 1814 первинних діагнозів лабораторно підтверджено 1087 випадків (59,9%), клінічно - 94 (5,2%), епідеміологічно пов'язаними визначено 321 випадок (17,8%), відхилено - 312 (17,3%). Генотипування проведено у 173 випадках, з яких у 137 визначено генотип (переважно D8, поодинокі випадки - B3), що підтверджує циркуляцію ендемічних та занесених штамів вірусу.

Аналіз вакцинального статусу показав, що 779 (51,9%) захворілих не були щеплені проти кору (з них 487 - діти віком 1–17 років), у 99 (6,6%) вакцинальний статус невідомий. Водночас 253 (16,8%) мали одну дозу вакцини, 371 (24,7%) - дві дози, що може свідчити про наявність прогалин у своєчасності вакцинації або зниження поствакцинального імунітету.

Вірусні гепатити. Упродовж 2023-2025 рр. захворюваність на вірусні гепатити в Україні характеризувалася хвилеподібною динамікою з підйомом у 2024 р. та подальшим незначним зниженням у 2025 році, при збереженні загалом підвищеного рівня порівняно з 2023 р. Загальна кількість випадків зросла з 9946 у 2023 р. до 12042 у 2024 р. (+21,1%), після чого знизилась до 10840 у 2025 р. (–10,0% порівняно з 2024 р.), однак залишилася вищою за базовий рівень 2023 р. (сукупний темп приросту за період становить +8,98%). Така динаміка значною мірою зумовлена активізацією тестування та покращенням виявлення, насамперед хронічних форм вірусних гепатитів, які раніше могли залишатися не діагностованими.

У структурі захворюваності стабільно переважають хронічні форми (понад 80%), які формують основний внесок у загальні показники (7595 випадків у 2023 р., 9310 - у 2024 р. та 8823 - у 2025 р.). Це вказує на наявність значного резервуару інфекції в популяції та тривалий, переважно безсимптомний перебіг захворювання, що ускладнює своєчасне виявлення.

Провідну роль в етіологічній структурі хронічних вірусних гепатитів відіграє хронічний гепатит С (близько 80% від усіх хронічних форм): 6144 випадки у 2023 р., 7601 – у 2024 р. та 7276 – у 2025 р. Хронічний гепатит В демонструє подібну динаміку з помірними коливаннями (1391→1654→1525 випадків відповідно). Домінування гепатиту С визначає суттєве довгострокове навантаження на систему охорони здоров'я, зокрема внаслідок розвитку важких ускладнень.

Гострі форми вірусних гепатитів мають значно меншу питому вагу та менш виражену динаміку. Зокрема, захворюваність на гострий гепатит А зросла у 2024 р. (1536 випадків проти 1050 у 2023 р.) з подальшим зниженням у 2025 р. (1079 випадків). Водночас спостерігається поступове зниження захворюваності на гострий гепатит В (759→710→494 випадки), що може свідчити про ефективність вакцинопрофілактики.

Загалом, епідемічна ситуація з вірусних гепатитів в Україні характеризується збереженням високого рівня захворюваності з домінуванням хронічних форм, що визначає необхідність посилення заходів раннього виявлення, розширення програм скринінгу, забезпечення доступу до лікування та підвищення ефективності епідеміологічного нагляду..

Паразитарні хвороби. Поряд з інфекційними патологіями паразитози займають окрему нішу, зберігаючи ризики для здоров'я населення України. Найпоширенішими паразитарними хворобами, які реєструються в Україні, є гельмінтози, зокрема, **аскаридоз та ентеробіоз**. Спостерігається стійке зниження захворюваності населення на аскаридоз (на 35,3%), ентеробіоз (на 47,6%), що можна вважати позитивним результатом запровадження медико-санітарних заходів. Водночас, зростання гіменолепідозу, що спостерігається у 2025 році, може свідчити про локальні прогалини в організації умов перебування дітей в колективах.

У 2025 р. найбільше випадків захворювання на аскаридоз, одного із найпоширеніших кишкових геогельмінтозів, спостерігалося у західних регіонах країни: Івано-Франківська (2248 випадків), Львівська (2138 випадків) та Вінницька (1731 випадків) області. Випадки взагалі не виявлялися у Херсонській області, а їх найменша кількість спостерігалася у Запорізькій (2), Донецькій (6) та Кіровоградській (13) областях.

Кількість випадків **ентеробіозу** мала протягом 2023-2025 рр. тенденцію до зниження на 47,6%. Найвища кількість випадків у 2025 р. реєструвались у західних та центральних регіонах: у Закарпатській (528 випадків) Одеській (415) та Рівненській (411) областях. Найнижчі - зафіксовано у Запорізькій (17) та Херсонській (2) областях.

Серед паразитозів, що реєструються України, суттєве епідеміологічне значення в умовах воєнних дій має **короста**, кількість виявлення якої зростало (+9,10%) у 2024 р. в порівнянні із 2023 р., а у 2025 р. спостерігалося незначне зниження на 0,54%. Регіональний розподіл випадків корости відповідає загальним тенденціям поширення паразитозів: найвищі показники спостерігаються в західних областях, а найнижчі – у регіонах, що перебувають у зоні бойових дій.

У 2025 р. в Україні зареєстровано 11 завізних випадків **малярії**, 2 випадки **рикетсіозу** та 1 випадок **хвороби легіонерів**, що мають переважно спорадичний характер.

Зареєстровано 2 випадки захворювання на **сказ** серед людей (у Дніпропетровській та Львівській областях), які завершилися летально. В обох випадках смерть настала внаслідок несвоєчасного звернення за медичною допомогою та відсутності своєчасного проведення постконтактної профілактики. За результатами епідеміологічного розслідування встановлено, що джерелом інфекції в обох випадках були нещеплені домашні коти. Зазначені випадки підкреслюють критичну важливість своєчасного звернення за медичною допомогою після контактів із потенційно інфікованими тваринами, необхідність посилення імунопрофілактики серед тварин та підвищення обізнаності населення щодо профілактики сказу.

Рідкісні та окремі особливо небезпечні інфекції (дифтерія, туляремія, сибірка, орнітоз, бруцельоз, гострий поліомієліт, паратифи) у 2025 р. серед населення України не реєструвалися або були представлені поодинокими випадками. Така епідемічна ситуація загалом свідчить про ефективність функціонування системи епідеміологічного нагляду за зазначеними інфекціями. Водночас наявність природних осередків та ризик занесення збудників з інших територій обумовлюють необхідність підтримання належного рівня настороженості, готовності до реагування та безперервного моніторингу.

Інші інфекційні хвороби. Епідемічний процес **скарлатини та вітряної віспи** характеризується вираженою циклічністю з формуванням підйому захворюваності та досягненням пікових значень у 2024 р. У 2025 р. відмічається зниження рівнів захворюваності порівняно з піковими показниками, однак вони залишаються вищими за базовий рівень 2023 р. Така динаміка свідчить про збереження активної циркуляції збудників у популяції та незавершеність фази епідемічного спаду.

Висновки. Епідемічна ситуація щодо інфекційних хвороб в Україні у 2023-2025 рр. характеризується як напружена, із загальною тенденцією до зростання захворюваності, що формується переважно за рахунок грипу та ГРВІ. Водночас аналіз без урахування цієї групи інфекцій свідчить про хвилеподібний перебіг епідемічного процесу з формуванням пікового підйому у 2024 р. та ознаками часткової стабілізації у 2025 р.

Динаміка інфекційної захворюваності залишається неоднорідною: поряд із позитивними тенденціями (зниження рівнів захворюваності на окремі ГКІ, паразитарні хвороби, лептоспіроз) відзначається зростання окремих соціально значущих та природно-осередкових інфекцій, зокрема хвороби Лайма, вірусних гарячок, а також вакцинокерованих інфекцій.

Суттєвими чинниками епідемічного ризику залишаються недостатні рівні охоплення профілактичними щепленнями, що проявляється зростанням захворюваності на кір і кашлюк, а також значна частка випадків інфекцій із невстановленою етіологією, що обмежує можливості етіологічної верифікації та знижує ефективність епідеміологічного нагляду. Високий рівень поширеності хронічних вірусних гепатитів формує довгострокове навантаження на систему охорони здоров'я та потребує впровадження системних підходів до раннього виявлення, обліку та лікування.

У цілому, поточний стан інфекційної захворюваності в Україні обумовлює необхідність подальшого посилення системи епідеміологічного нагляду, удосконалення лабораторної діагностики, розширення охоплення профілактичними щепленнями та адаптації системи громадського здоров'я до сучасних викликів, зокрема пов'язаних із змінами довкілля, міграційними процесами та соціально-економічними чинниками.

Водночас офіційні дані щодо інфекційної захворюваності, ймовірно, не відображає повною мірою реальну епідемічну ситуацію. Це зумовлено впливом наслідків збройної агресії російської федерації проти України, зокрема руйнуванням об'єктів інфраструктури, включаючи заклади охорони здоров'я та системи громадського здоров'я; інтенсивними міграційними процесами; обмеженим доступом до даних із тимчасово окупованих територій та районів активних бойових дій; а також зниженням доступності медичної допомоги, зростанням частки самолікування та зміною моделей звернення населення за медичною допомогою.

4.2. Результати епідемічного сезону з грипу та ГРВІ, 2024-2025 рр..

В епідемічному сезоні 2024-2025 рр. переважно спостерігалася низька інтенсивність епідемічного процесу з грипу та ГРВІ. Поточна епідемічна ситуація частково обумовлена продовженням військової агресії зі сторони російської федерації, що триває з лютого 2022 року, та супроводжується змінами у структурі звернень за медичною допомогою, міграційними процесами і нерівномірною доступністю медичних послуг. У звітному сезоні COVID-19 втратив провідне значення у структурі респіраторної захворюваності та не мав суттєвого впливу на загальний рівень захворюваності на ГРВІ. Інтенсивний показник формувався переважно за рахунок інших респіраторних вірусів (грип, аденовірус, риновірус, парагрип тощо).

В Україні протягом епідемічного сезону 2024-2025 рр. зареєстровано 4,6 млн випадків захворювань на грип та ГРВІ, показник захворюваності становив 12846,2 на 100 тис. населення, що на 4% менше аналогічного періоду минулого епідемічного сезону. Протягом сезону за медичною допомогою з приводу захворювання на респіраторні інфекції звернулось 12,8% населення України. Із загальної кількості захворілих зареєстровано 2,6 млн дітей віком до 17 років (57%), що характерно для респіраторних інфекцій.

За даними рутинного спостереження в сезоні захворюваність на ГРВІ мала поліетіологічний характер: етіологічними чинниками ГРВІ були віруси грипу типу А, В та парагрипу, аденовіруси, RS-віруси, риновіруси, метапневмовіруси, з домінуванням коронавірусів SARS-CoV-2.

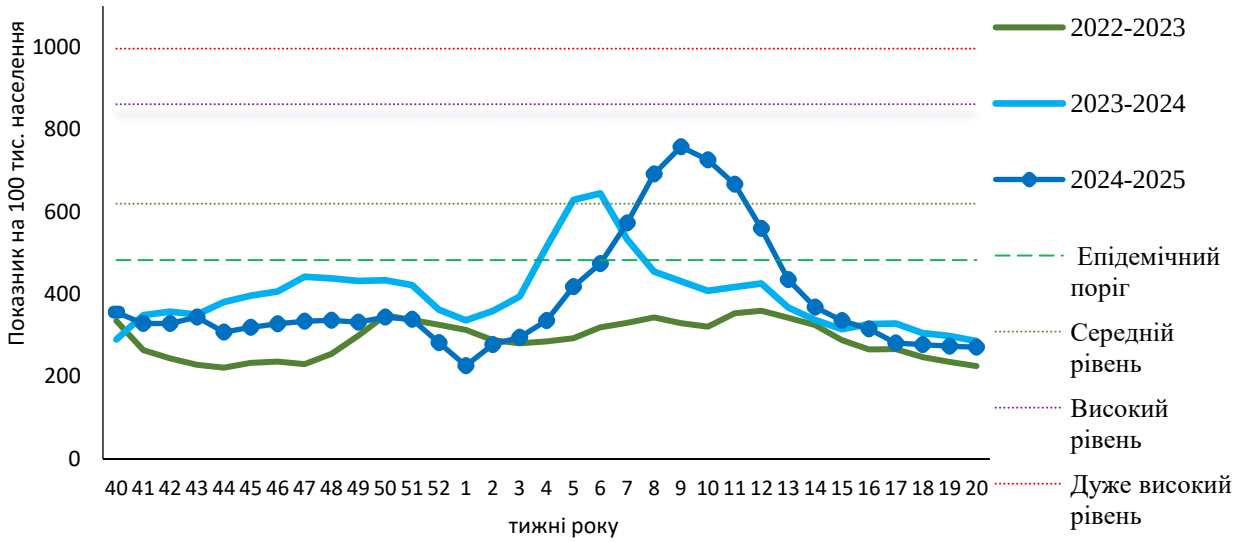


Рис. 4.4. Інтенсивний показник захворюваності на грип та ГРВІ та рівень перевищення епідемічного порогу, Україна, станом на 20 тиждень 2025 р.

Із загальної кількості захворілих на грип та ГРВІ було госпіталізовано 126 733 особи (2,7%), з них 73 999 (58,4 %) – діти віком до 17 років. Найбільшу питому вагу серед усіх госпіталізованих становили особи вікових категорій 0-4, 5-14 та 30-64 років (27,4%, 26,6% та 25,3% відповідно). Найменшу частку становили особи віком 15-17 років – лише 4,4 %.

В епідемічному сезоні 2024-2025 рр. захворюваність на COVID-19 суттєво не впливала на перебіг епідемічного процесу ГРВІ, питома вага серед загальної кількості зареєстрованих випадків ГРВІ становила 0,5%. Зниження кількості випадків COVID-19, що спостерігалось в Україні, було спричинено сукупністю різних чинників. Зокрема, збройна агресія російської федерації проти України сприяла відсутності даних щодо надання медичної допомоги на тимчасово окупованих територіях, призвела до зміщення даних по регіонах та неповної статистичної інформації. Також, пояснюючи зменшення кількості випадків COVID-19, потрібно врахувати зміни біологічних властивостей вірусу SARS-CoV-2, проведення обмежувальних карантинних заходів, обсяг охоплення вакцинацією проти COVID-19 для зменшення ризику тяжкого перебігу.

Серед загальної кількості пацієнтів із ГРВІ за результатами тестування встановлено 21363 випадки захворювання на COVID-19 – 0,5% від загальної кількості зареєстрованих випадків ГРВІ.

Протягом сезону розподіл випадків COVID-19 по віковій структурі залишався незмінним. Найбільш вразливими були особи віком 30-64 років – 11865 (55,5% із загальної кількості випадків), з них отримали допомогу в умовах стаціонару – 3027 (45,6% із загальної кількості госпіталізованих).

Від початку епідемічного сезону до його завершення на фоні зменшення кількості пацієнтів із легкою формою перебігу хвороби, зростав коефіцієнт госпіталізації: з 19% на 40 тижні 2024 р. до 63,4% на 19 тижні 2025 р., що свідчить про збільшення кількості звернень за медичною допомогою вже при суттєвому погіршенні стану здоров’я.

Пропорційно до госпіталізації зростав і відсоток осіб, які отримували медичну допомогу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (далі – ВРІТ): з 4,8% на 40 тижні 2024 р. до 12,7% на 16 тижні 2025 р.. Серед загальної кількості госпіталізованих у ВРІТ особи вікової групи старше 30 років – 362 пацієнта, що становить 87%. Значна частка таких пацієнтів підтверджує важливість профілактичної імунізації проти COVID-19 особливо серед осіб груп ризику як міри індивідуального захисту.

Захворюваність дітей віком до 17 років суттєво не вплинула на епідемічний процес. Загалом COVID-19 менше вражав дитяче населення порівняно з іншими віковими групами. Протягом епідемічного сезону захворіло 2514 дітей, що становить 11,8% від загальної кількості випадків серед пацієнтів із позитивними результатами на COVID-19. В умовах стаціонару

отримали допомогу 910 дітей – 13,7% від загальної кількості госпіталізованих, із них 25 дітей із COVID-19 потрапили до ВРІТ, летальних випадків серед дітей не зареєстровано.

З початку епідемічного сезону в системі рутинного та дозорного епідеміологічного нагляду кількість померлих осіб від грипу та ГРВІ всього становить 193 випадків, із них 92 випадки – унаслідок грипу, 97 – серед осіб, які мали позитивний результат тесту на COVID-19, 3 – внаслідок пневмонії, зумовленої RSV, та одна людина померла від пневмонії, спричиненої аденовірусною інфекцією. Найбільша кількість летальних випадків сталася у місті Києві (49), Харківській (21), Львівській (15) областях.

Динаміка реєстрації смертності від наслідків грипу, COVID-19 та інших респіраторних інфекцій, корелює з рівнями захворюваності із зсувом на 3 тижні від первинного звернення за медичною допомогою. За результатами тестування максимальна кількість летальних випадків унаслідок COVID-19 сталася на 42 тижні 2024 р., а внаслідок грипу – на 12 тижні 2025 р. (рис. 4.5).

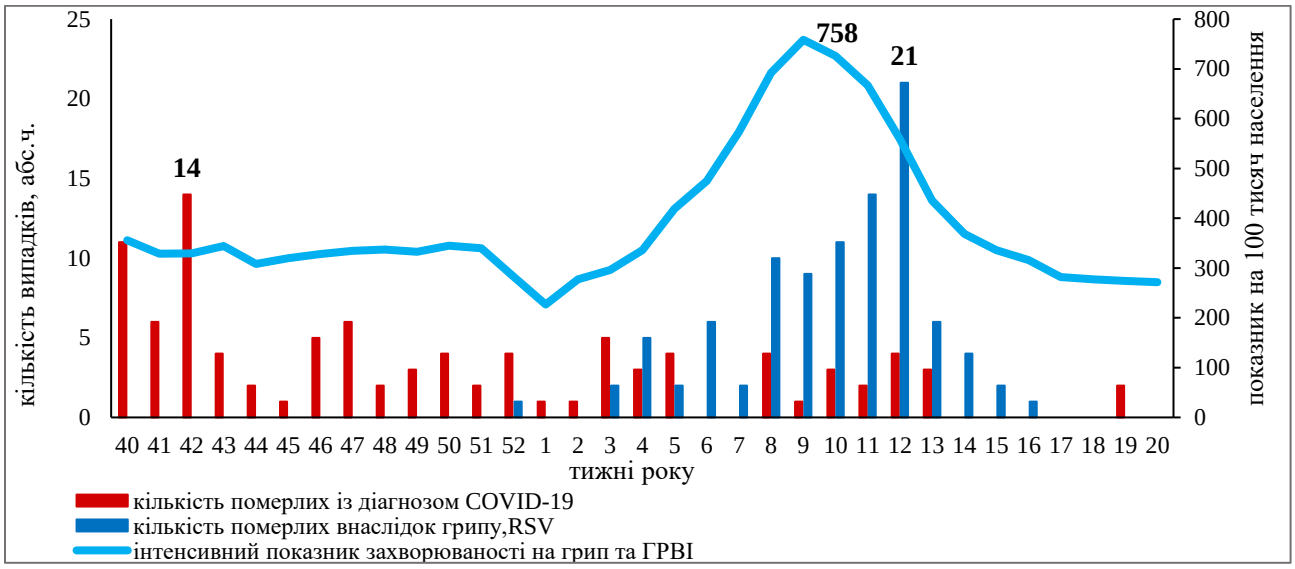


Рис. 4.5. Тижневий розподіл випадків грипу та COVID-19 серед померлих, що підтверджені лабораторно, Україна, епідсезон 2024-2025 рр.

Дозорний епідеміологічний нагляд (ДЕН) за грипом та ГРВІ здійснюють у 12-ти регіонах України відповідно до географічного розподілу (північ – Київ, Суми та Чернігів, схід – Дніпро та Харків, південь – Запоріжжя та Одеса, захід – Львів, Рівне та Чернівці, центр – Кропивницький та Вінниця).

Дозорний епідеміологічний нагляд за грипоподібними захворюваннями (ГПЗ) забезпечують 15 закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Всього в дозорний епіднагляд за ГПЗ залучені 45 лікарів, які протягом року надають агреговані дані про кількість населення, що ними обслуговується, кількість пацієнтів, клінічний стан яких відповідає визначенню випадку ГПЗ, та кількість пацієнтів із ГПЗ, у яких було відібрано матеріал для лабораторних досліджень.

Найбільша кількість позитивних знахідок при дослідженні клінічних зразків матеріалів від пацієнтів, клінічний стан яких відповідав визначенню ГПЗ, отримана від дозорних ПМСД міст Одеса (57,2%), Чернівці (55,7%), Харків (53,3%). Найнижчі показники отримані із ПМСД міст Вінниця (21,2%) та Львів (36,8%).

Дозорний епідеміологічний нагляд за тяжкою гострою респіраторною інфекцією (ТГРІ) здійснюють 18 закладів охорони здоров'я, визначених МОЗ з-поміж закладів, що надають вторинну та третинну (госпітальну) медичну допомогу (дозорні лікарні), у 12 містах: Вінниці (2 заклади), Дніпрі (1), Запоріжжі (1), Кропивницькому (2), Києві (2), Львові (1), Одесі (1), Рівному (1), Сумах (2), Харкові (1), Чернівцях (2) та Чернігові (2).

В епідемічному сезоні 2023–2024 рр. до закладів охорони здоров'я України, визначених для проведення ДЕН, було госпіталізовано 180108 пацієнтів із усіх причин, із них 5996 випадків ТГРІ. Частка госпіталізацій з ТГРІ у загальній кількості госпіталізованих становила 3,3%. З-

поміж 5996 випадків ТГРІ у 2277 (38%) пацієнтів було відібрано зразки матеріалу для тестування методом ПЛР на респіраторну групу інфекцій. Станом на 20-й тиждень 2025 р. методом ПЛР досліджено 2246 (98,6%) зразків, із яких у 1175 (52,3%) випадках отримано позитивні результати. Виявлено віруси грипу типів А та В, SARS-CoV-2, а також інші віруси респіраторної групи.

За результатами лабораторних досліджень із урахуванням вірусів респіраторних інфекцій найвищий відсоток позитивних результатів отриманий в містах Запоріжжя (61,1%), Суми (61,7%), Рівне (64,5%), найнижчий – у місті Дніпро (37%).

Загальна чисельність осіб, віднесених до пріоритетних груп медичного та епідемічного ризику (медичні працівники, вагітні, діти віком 6-59 місяців, особи віком понад 60 років, особи, що перебувають у закладах тривалого догляду, особи з хронічними захворюваннями), в епідемічному сезоні 2024-2025 рр. становила 8,9 млн осіб. Із них проти грипу було вакциновано лише 66515 осіб (0,74%), що на 27,2% менше, ніж у попередньому епідемічному сезоні. Частка вакцинованих дітей віком від 6 місяців до 5 років серед осіб із груп ризику становить 16079 осіб (24,2%).

Серед пріоритетних груп ризику найбільше вакциновано проти грипу персонал медичних закладів – 32471 (48,8%), чому сприяє участь України в проекті PIVI для цільової групи – медичних працівників. Традиційно найменше профілактичним щепленням довіряють вагітні – 528 (0,6%) осіб. Такий обсяг вакцинації проти грипу – міра індивідуального захисту та не впливає на зниження захворюваності та створення достатнього імунного прошарку серед населення.

На рівень охоплення вакцинацією проти грипу впливає низка факторів, зокрема обмежені обсяги постачання вакцин, недостатній рівень довіри до вакцинації та необхідність оплати щеплення за власні кошти.

4.3. Спалахи інфекційних хвороб.

У 2025 р. в Україні зареєстровано 139 спалахів інфекційних хвороб на 23 адміністративних територіях. Найбільша кількість спалахів зафіксована у Вінницькій області - 30 (21,6% від загальної кількості), що свідчить про її провідну роль у формуванні загальнонаціонального показника. Значна кількість спалахів також відзначалася в Івано-Франківській та Львівській областях - 13 у кожній (по 9,4%), що вказує на підвищену інтенсивність епідемічного процесу в цих регіонах.

У 2025 р. внаслідок зареєстрованих спалахів інфекційних хвороб постраждало 1299 осіб (табл. 4.2). Найбільшу кількість постраждалих зафіксовано у Львівській області - 207 осіб (0,5 на 100 тис. населення), Вінницькій - 183 (0,4 на 100 тис. населення) та м. Києві - 139 (0,3 на 100 тис. населення), що свідчить про найбільший внесок цих територій у формування загального тягаря спалахової захворюваності.

Крім того, понад 50 постраждалих осіб у межах спалахів зареєстровано у Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Одеській, Черкаській та Чернівецькій областях, що вказує на широку географію поширення спалахів та збереження ризиків їх виникнення в різних регіонах країни.

Таблиця 4.2. Кількість зареєстрованих спалахів інфекційних хвороб та кількість постраждалих осіб, Україна, 2025 р.

Область	Кількість спалахів	Кількість постраждалих осіб
Вінницька	30	183
Івано-Франківська	13	64
Львівська	13	207
Одеська	10	86
Чернівецька	10	80
Дніпропетровська	8	41
Миколаївська	8	38
м. Київ	8	139

Область	Кількість спалахів	Кількість постраждалих осіб
Закарпатська	5	109
Київська	5	53
Рівненська	5	38
Полтавська	4	40
Черкаська	4	61
Харківська	3	12
Чернігівська	3	20
Волинська	2	12
Житомирська	2	14
Донецька	1	2
Запорізька	1	7
Кіровоградська	1	27
Тернопільська	1	46
Херсонська	1	6
Хмельницька	1	14
Луганська	-	-
Сумська	0	0
Україна, всього	**139**	**1299**

У 2025 р. в Україні лабораторно підтверджено 66,2% із 1299 випадків інфекційних хвороб, зареєстрованих у межах спалахів. Водночас у Донецькій та Херсонській областях досягнуто повного (100,0%) лабораторного підтвердження випадків, що свідчить про належний рівень організації лабораторної діагностики та верифікації збудників.

Натомість у низці регіонів, зокрема у Львівській, Одеській, Полтавській, Тернопільській та Чернівецькій областях, частка лабораторно підтверджених випадків становила від 21,8% до 50,0%, що може вказувати на обмежені можливості лабораторної діагностики, особливості організації відбору та дослідження матеріалу або потребу в посиленні етіологічної верифікації в межах спалахів.

Слід зазначити, що досягнення 100% лабораторного підтвердження всіх випадків у межах спалаху не завжди є доцільним з епідеміологічної точки зору. Після встановлення етіологічного чинника спалаху та підтвердження його лабораторними методами для частини випадків, подальша діагностика може базуватися на клініко-епідеміологічних критеріях. Такий підхід відповідає принципам епідеміологічного нагляду та дозволяє раціонально використовувати лабораторні ресурси без втрати якості встановлення причинно-наслідкового зв’язку у межах спалаху.

Структура спалахів інфекційних хвороб характеризується домінуванням вакцинокерованих інфекцій та інфекцій із фекально-оральним механізмом передачі (табл. 4.3). Провідне місце посідають спалахи кору – 68 випадків, що становить 48,9% від загальної кількості та визначає ключову роль цієї інфекції у формуванні спалахової захворюваності. Значну частку також формують спалахи сальмонельозу – 24 (17,3%), ГКІ встановленої етіології – 17 (12,2%), ротавірусного ентериту – 11 (7,9%) та ГКІ невстановленої етіології – 10 (7,2%). Окремо зареєстровано 5 спалахів гострого гепатиту А (3,6%) та 4 спалахи інших інфекційних хвороб (2,9%).

Сформована структура спалахів вказує на визначальну роль вакцинокерованих інфекцій та інфекцій із фекально-оральним механізмом передачі у формуванні епідемічних ускладнень. Висока частка спалахів кору свідчить про наявність значного прошарку сприйнятливого населення та недостатній рівень охоплення профілактичними щепленнями. Водночас суттєва частка ГКІ, зокрема невстановленої етіології, вказує на потребу у посиленні лабораторної діагностики, контролю за безпечністю харчових продуктів і якістю водопостачання.

Таблиця 4.3. Розподіл спалахів та випадків інфекційних хвороб за нозологіями, Україна, 2025р.

Нозологія	Кількість спалахів, абс.	Питома вага спалахів, %	Кількість випадків, абс.	Питома вага випадків, %
Кір	68	48,9%	397	30,6%
Сальмонельози	24	17,3%	281	21,6%
ГКІ встановленої етіології	17	12,2%	196	15,1%
Ротавірусний ентерит	11	7,9%	115	8,9%
ГКІ невстановленої етіології	10	7,2%	105	8,1%
Вірусний гепатит А	5	3,6%	167	12,9%
Інші	4	2,9%	38	2,9%

Найбільша кількість спалахів інфекційних хвороб у 2025 р. була зареєстрована в побутових умовах – 55 спалахів (39,6% від загальної кількості), що свідчить про провідну роль сімейно-побутового середовища у передачі інфекцій.

Суттєва частка спалахів припадала на організовані колективи, зокрема заклади загальної середньої освіти – 24 випадки (17,3%), а також заклади громадського харчування та дошкільної освіти – по 16 випадків у кожному (по 11,5%).

Значно меншу кількість спалахів зареєстровано в інших установах – 9 (6,5%), закладах охорони здоров'я та закладах вищої освіти - по 7 (по 5,0%), а також в оздоровчих закладах – 5 (3,6%).

Така структура вказує на домінування передачі інфекцій у побутових умовах та організованих дитячих колективах як ключових середовищах формування спалахів.

Значну частку спалахів, зареєстрованих у побутових умовах, становили спалахи кору – 43 випадки (30,9% від загальної кількості спалахів), у межах яких постраждали 183 особи (14,1% від загальної кількості постраждалих), з них 152 – діти.

Загалом у побутових осередках зареєстровано 55 спалахів (40,7%), унаслідок яких постраждали 343 особи (26,4%), що свідчить про суттєвий внесок сімейно-побутового середовища у формування спалахової захворюваності.

Найменшу кількість постраждалих зафіксовано у спалахах, що виникли у закладах вищої освіти – 7 спалахів (5,0%), у межах яких постраждали 58 осіб (4,5%).

У 2025 р. зареєстровано один летальний випадок серед постраждалих у межах спалаху кору (дитина, Одеська область).

Аналіз кількості зареєстрованих спалахів інфекційних хвороб та показників спалахової осередковості у 2024-2025 рр. свідчить про нестабільний перебіг епідемічного процесу з тенденцією до зростання спалахової захворюваності (темп приросту 33,7%). Зазначена динаміка обумовлена насамперед поширенням вакцинокерованих інфекцій (кір), а також інфекцій із фекально-оральним механізмом передачі (гострий гепатит А, ГКІ тощо).

4.4. Охоплення населення профілактичними щепленнями.

Відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні (далі – Календар), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 10 жовтня 2011 року № 1159/19897, визначено перелік обов'язкових профілактичних щеплень та оптимальні строки їх проведення.

До Календаря входить вакцинація проти 10 інфекцій, зокрема: гепатиту В, туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюку, правця, кору, епідемічного паротиту, краснухи та гемофільної інфекції. Діти, які не отримали щеплення відповідно до віку, визначеного в Календарі, надалі охоплюються щепленнями з порушенням Календаря з дотриманням мінімальних інтервалів.

В 2025 р. аналіз стану імунопрофілактики населення проводився без урахування даних з тимчасово окупованих територій.

Рівні імунізації населення згідно з Календарем в Україні до визначених шести вікових груп при профілактиці десяти інфекційних захворювань представлені в табл. 4.4.

У 2025 р. показники охоплення профілактичними щепленнями в Україні демонструють часткове відновлення, проте залишаються нижчими за рекомендований рівень 95%, що не забезпечує повного епідемічного благополуччя. Після суттєвого зниження охоплення щепленнями у 2022 р. – від 58,9% (діти 14 років, поліомієліт) до 74,1% (діти 1 року, кір, паротит, краснуха) — у 2023 р. відбулося зростання показників по всіх антигенах та вікових групах, що продовжилося у 2024 р. Водночас, у 2024 р. за окремими вакцинами проти кору, епідемічного паротиту та краснухи у дітей 1 та 6 років зафіксовано зниження охоплення на 1% та 3,9% відповідно порівняно з 2023 р.

Таблиця 4.4. Охоплення імунізацією населення України проти окремих інфекційних хвороб в 2022-2025 рр.

Інфекційне захворювання	Вікова група	2022 р., у %	2023 р, у %	Ріст/ зниження 2022-2023 рр.	2024 р. у %	Ріст/ зниження 2023- 2024 рр.	2025 р. у %	Ріст/ зниження 2024-2025 рр.
Туберкульоз	до року	71	83,5	12,5	92,8	9,3	91,9	-0,9
Гепатит В3	до року	62,4	79,2	16,8	88	8,8	90,7	2,7
Поліомієліт	до року	68,9	84,9	16	87,8	2,9	93,6	5,8
	18 міс.	66,7	85,5	18,8	87,3	1,8	93,5	6,2
	6 років	63,4	82,3	18,9	83,6	1,3	93	9,4
	14 років	58,9	78,9	20	80,8	1,9	91	10,2
Кашлюк, Дифтерія, Правець	до року	72,9	83,4	10,5	88,3	4,9	93,5	5,2
	18 міс.	71,9	82,7	10,8	86,8	4,1	92,9	6,1
Дифтерія, Правець	6 років	68,2	70,9	2,7	77	6,1	85,2	8,2
	16 років	68,8	78,3	9,5	82,1	3,8	90	7,9
	дорослі	40,2	52	11,8	80,7	28,7	91,6	10,9
Ніб-інфекція	до року	74	86,4	12,4	94,6	8,2	95,6	1
	1 рік	69,8	78,2	8,4	92,7	14,5	90,2	-2,5
Кір, Паротит, Краснуха	1 рік	74,1	92,4	18,3	91,4	-1	95,7	4,3
	6 років	69,1	87,3	18,2	83,4	-3,9	93,7	10,3

У 2025 р. порівняно з 2024 р. спостерігається загальне підвищення рівнів охоплення профілактичними щепленнями за більшістю антигенів. Водночас за окремими позиціями, зокрема щодо вакцинації проти туберкульозу та гемофільної інфекції, відмічається незначне зниження показників на 0,9% та 2,5% відповідно. Незважаючи на позитивну динаміку, рівень охоплення щепленнями серед цільових груп дитячого населення залишається недостатнім, що сприяє накопиченню сприйнятливого контингенту та формує ризики виникнення і поширення вакцинокерованих інфекцій. Аналіз динаміки охоплення щепленнями у 2022-2025 рр. свідчить про поступове відновлення системи імунопрофілактики після суттєвого зниження показників у попередні роки:

2022 р.: критично низькі рівні охоплення щепленнями по всіх антигенах, від 58,9% до 74,1%;

2023 р.: покращення охоплення щепленнями по всіх вікових групах;

2024 р.: зростання охоплення щепленнями зберігається, окрім дітей 1 та 6 років по кору, паротиту та краснусі, де зниження на 1–3,9%;

2025 р.: зростання охоплення щепленнями загалом, проте зниження показників проти туберкульозу та гемофільної інфекції на 0,9% та 2,5%, цільові рівні вакцинації не досягли 95% по жодному антигену.

Загалом, аналіз показників за 2025 р. свідчить про позитивну динаміку у порівнянні з попередніми роками, проте залишається гостра потреба у посиленні імунопрофілактики та контролю за охопленням щепленнями для забезпечення епідемічного благополуччя в країні (рис. 4.6).

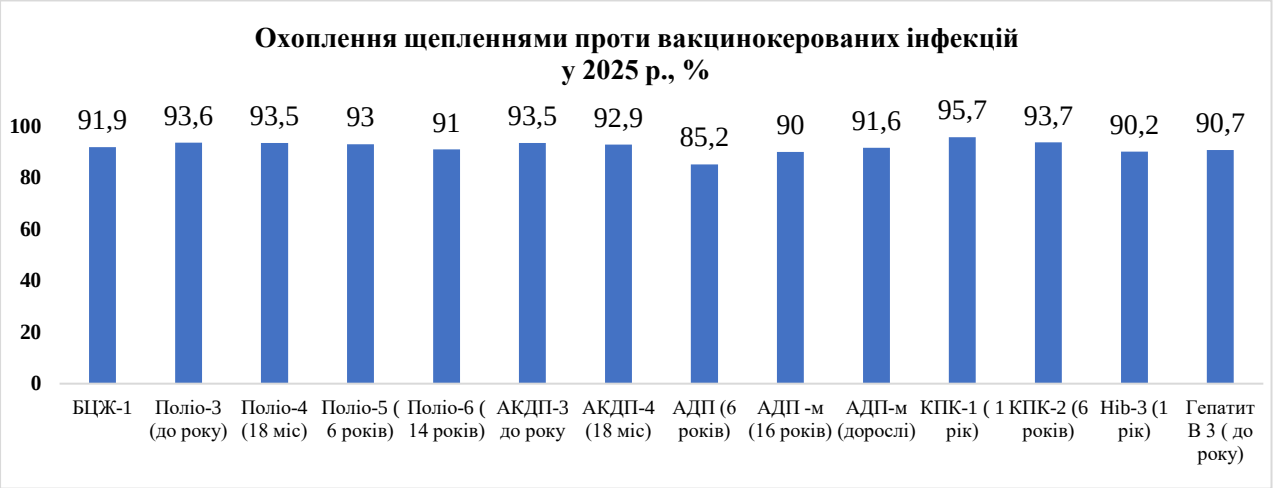


Рис. 4.6. Охоплення щепленнями проти вакцинокерованих інфекцій у 2025 р., у відсотках

Охоплення щепленнями дітей першого року життя є найбільш показовими для формування надійного базового імунітету.

Відзначаються відмінності у показниках охоплення щепленнями в регіонах України (таб. 4.5), де 95 % і більше – темно зелений, 85-95 % – світло зелений, 75-84 % – жовтий, менше 75 % – червоний.

Таблиця 4.5. Охоплення щепленнями дітей першого року життя у 2025 році.

Область	БЦЖ-1 (до року)	Поліо-3 (до року)	АКДП-3 (до року)	КПК-1 (1 рік)	Hib-3 (1 рік)	Геп В3 (до року)
Вінницька	91,3	99,7	98,9	99,2	86,0	98,8
Волинська	92,6	93,6	90,8	96,7	92,8	91,0
Дніпропетровська	92,9	95,4	97,8	95,8	90,9	90,4
Донецька	85,9	85,7	87,3	95,7	73,2	90,6
Житомирська	96,0	95,8	97,1	99,3	94,7	97,7
Закарпатська	94,1	90,4	88,5	94,7	87,4	80,1
Запорізька	95,6	96,2	96,2	95,1	96,8	97,9
Івано-Франківська	92,6	90,3	93,9	96,4	86,0	84,6
Київська	90,4	88,7	88,4	90,9	89,2	85,7
Кіровоградська	94,1	99,9	98,3	99,2	99,8	95,3
Львівська	91,9	91,4	93,1	96,2	93,1	87,7
Миколаївська	86,1	96,8	98,1	95,5	94,9	93,2
Одеська	91,1	91,7	92,1	90,8	91,8	90,1
Полтавська	92,8	93,4	92,5	93,5	87,7	92,5
Рівненська	91,8	97,3	95,9	96,7	96,0	95,1
Сумська	94,4	91,6	94,1	90,1	88,7	91,8
Тернопільська	91,7	91,8	92,5	95,8	88,9	90,9
Харківська	92,2	95,1	93,6	97,1	92,5	91,4
Херсонська	96,0	97,5	97,5	93,9	100,0	100,0
Хмельницька	95,2	95,0	95,2	97,5	82,4	94,0
Черкаська	93,9	94,1	94,5	95,4	92,1	95,2
Чернівецька	91,0	92,5	93,9	93,3	87,3	91,1
Чернігівська	89,1	94,8	94,7	95,8	93,4	93,2
м. Київ	89,5	93,1	90,6	99,3	85,1	88,2
Україна	**91,9**	**93,6**	**93,5**	**95,7**	**90,2**	**90,7**

У 2025 р. охоплення щепленнями новонароджених в пологодопоміжних закладах проти **гепатиту В** у першу добу життя складає 73,9%. Низькі показники спостерігаються у Одеській (50,7%), Тернопільській (50,7%), Харківській (59,9%), Рівненській (64,2%), Хмельницькій (66,5%), Закарпатській (68,1%) областях.

Щеплення проти гепатиту В серед дітей до року отримали 90,7% від запланованих на щеплення дітей. Низькі показники спостерігаються у Закарпатській (80,1%), Івано-Франківській (84,6%), Київській (85,7%), Львівській (87,7%) областях та у м.Києві (88,2%).

Проти **туберкульозу** у пологодопоміжних закладах країни, на 3-5 добу життя, вакциновано 86,6% новонароджених дітей. Низькі показники спостерігаються у Київській (74,8%), Полтавській (77,7%), Херсонській (79,2%), Донецькій (80,9%), Одеській (82%) областях.

З урахуванням дощеплення вакциною БЦЖ новонароджених дітей у закладах, які надають первинну медичну допомогу, показник вакцинації дітей до року проти туберкульозу у 2025 році склав 91,9%. Низькі рівні спостерігаються у Донецькій (85,9%), Миколаївській (86,1%), Чернігівській (89,1%), Київській (90,4%) областях та у м.Києві (89,5%).

Проти **дифтерії, кашлюку, правцю** в Україні, третю дозу щеплення отримали 93,5% дітей першого року життя.

У 3 з 24 регіонів (12,5%), які звітують про охоплення щепленнями, показник вакцинації дітей до року трьома дозами вакцини проти кашлюка, дифтерії, правця не досяг 90%, зокрема у Донецькій (87,3%), Київській (88,4%) та Закарпатській (88,5%) областях.

Показник відсіву – відсоток дітей, які отримали перше щеплення АКДП/АаКДП до року, проте, з низки причин не отримали третє, по державі складає 7,1%. Згідно з даними бази «УкрВак-08» це 10 618 дітей до року. Найвищі відсотки відсіву реєструються у Львівській – 18,7% (2581 дитина), Вінницькій – 14,8% (1086 дітей), Донецькій – 13,9% (72 дитини), Одеській – 11,0% (1172 дитини) областях та місті Київ – 10,5% (1641 дитина).

Показник своєчасності охоплення щепленнями проти кашлюку, дифтерії та правцю дітей до досягнення ними віку 6 місяців 29 днів становить 69,5%. Найнижчі відсотки своєчасності охоплення щепленнями реєструють в Донецькій – 45,6%, Харківській – 57,1%, Закарпатській - 58,1%, Чернігівській – 59,8% областях. Своєчасно не отримали щеплення АКДП/АаКДП, відповідно до Календаря – 72 641 дитина.

Четвертим щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця серед дітей у віці 18 місяців охоплено 92,9%. Низькі показники у Львівській (80,5%), Закарпатській (89,4%), Волинській (89,8%), Київській (91,9%), Чернівецькій (92%) областях.

Охоплення профілактичними щепленнями *проти дифтерії, правцю* у 2025 році серед дітей віком 6 років складає 85,2%, низькі показники відмічаються у Львівській (76,3%), Київській (77,9%), Хмельницькій (78,9%), Закарпатській (80,8%), Кіровоградській (82,5%) областях; віком 16 років складає 90%, низькі показники відмічаються у Львівській (68,7%), Хмельницькій (82,4%), Закарпатській (84,3%), Київській (86,9%), Миколаївській (88,4%) областях.

Рівень охоплення щепленнями проти **гемофільної інфекції** дітей у віці 1 року складає 90,2%. Низькі показники відмічаються у Донецькій (73,2%), Хмельницькій (82,4%), Івано-Франківській (86%), Вінницькій (86%) областях та у м. Києві (85,1%).

Охоплення щепленнями проти **поліомієліту** у 2025 р. серед дітей віком до року складає 93,6%, низькі показники відмічаються у Донецькій (85,7%), Київській (88,7%), Івано-Франківській (90,3%), Закарпатській (90,4%), Львівській (91,4%) областях; віком 18 місяців складає 93,5%, низькі показники у Львівській (81,6%), Закарпатській (88,9%), Чернівецькій (90,9%), Івано-Франківській (91%), Одеській (91,2%) областях; у віці 6 років – 93%, низькі показники у Львівській (83,4%), Закарпатській (84%), Хмельницькій (85,9%), Київській (89,2%), Донецькій (89,3%) областях; у віці 14 років – 91%, низькі показники у Львівській (71,8%), Закарпатській (77,7%), Чернівецькій (83,9%), Хмельницькій (84%), Київській (88,5%) областях.

У 2025 р. проти **кору, епідемічного паротиту та краснухи** щеплено першою дозою 95,7% дітей у віці 1 року (КПК-1). Найнижчі відсотки реєструвались у Сумській (90,1%), Одеській (90,8%), Київській (90,9%), Чернівецькій (93,3%), Полтавській (93,5%) областях.

Другою дозою проти кору, епідемічного паротиту, краснухи вакциновано 93,7% 6-ти річних дітей. Не досягнуто 90% охоплення щепленнями в 4 з 24 регіонів, зокрема у Донецькій (87%), Київській (87,1%), Закарпатській (89,1%), Івано-Франківській (89,8%) областях.

Дітям, які не отримали щеплення відповідно до віку, проводять вакцинацію з порушенням Календаря профілактичних щеплень в Україні з дотриманням мінімальних

інтервалів між дозами, визначених у Календарі. Внаслідок цього, з віком, кількість невакцинованих дітей зменшується за рахунок проведення щеплень у старших вікових групах. Таким чином, частка щеплених дітей у різних вікових категоріях зростає, що сприяє формуванню колективного імунітету. Визначення контингентів для щеплень та схем їх проведення (з урахуванням Календаря) покладається на лікаря первинної медичної допомоги.

У 2025 р. реєструються найвищі відсотки охоплення щепленнями дорослого населення проти дифтерії та правця (ревакцинація) за останні 10 років. У порівнянні з 2024 р. відмічається ріст рівнів охоплення щепленнями дорослого населення у всіх регіонах України проти дифтерії та правцю, загалом по державі – на 10,9%.

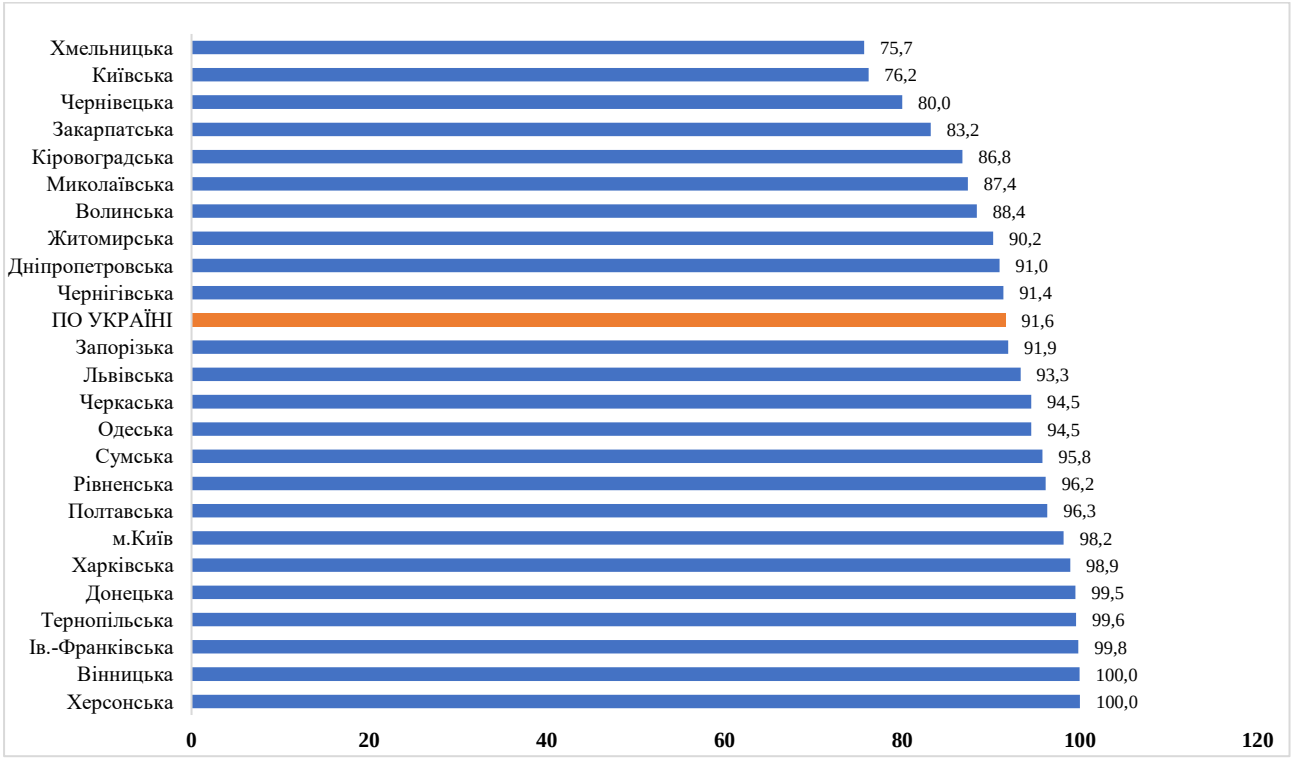


Рис. 4.7. Охоплення щепленнями проти дифтерії та правця серед дорослого населення у 2025 р.,%

Вакцини для профілактики інфекцій, передбачених Календарем щеплень, надаються громадянам безкоштовно та є доступними. Всі зареєстровані в Україні препарати відповідають стандартам якості, безпеки та ефективності.

Проблема з охопленням плановими щепленнями є комплексною – вона не зводиться до одного фактору, а формується під впливом війни, соціальних установок і системних труднощів у сфері охорони здоров'я.

Впродовж 2025 р. через міграційні процеси, які впливали на зміну як кількості осіб, що підлягають щепленням, так і на кількість вакцинованих осіб, виникали обставини, які не дають змоги достовірно визначити чисельність вікових груп населення та застосовувати офіційні статистичні дані Державної служби статистики (станом на 2021 р.) для планування відповідних заходів з організації імунопрофілактики.

Достовірно оцінити рівні охоплення щепленнями населення, на сьогодні, не є можливим. Проте, попри нестабільну безпекову ситуацію на території України, здійснення національної програми імунізації із забезпечення вакцинації населення не переривалося. І хоча показники охоплення вакцинацією, вже не є критично низькими, але все ще недостатні для стабільної епідемічної ситуації. Як наслідок, це може призвести до накопичення прошарку невакцинованого населення, що створить передумови для виникнення спалахів та епідемій.

4.5. Інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги у закладах охорони здоров'я.

Інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД), залишаються важливим викликом для системи охорони здоров'я України, оскільки вони асоціюються з підвищеною захворюваністю і смертністю, подовжують тривалість госпіталізації, збільшують витрати на лікування, а також сприяють поширенню антимікробно резистентних збудників. У 2025 р. в Україні проведено національне дослідження одномоментної поширеності ІПНМД та використання антимікробних лікарських засобів (АЛЗ) у стаціонарних закладах, яке базувалося на методології ECDC та адаптоване до національного контексту. Метою дослідження було оцінка розповсюдженості ІПНМД та практик використання антимікробних препаратів, а також формування аналітичної бази для вдосконалення заходів профілактики інфекцій та інфекційного контролю, адміністрування антимікробних препаратів на національному і регіональному рівнях.

У дослідженні взяли участь 60 ЗОЗ, що надають медичну допомогу у стаціонарних умовах, з різних регіонів України та різних рівнів надання медичної допомоги, утому числі охоплено 11132 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні на момент проведення дослідження.

У 247 пацієнтів було виявлено принаймні одну ІПНМД, що відповідає 2,22% поширеності серед госпіталізованих пацієнтів (95% ДІ: 1,95%–2,51%), що може свідчити про недостатню чутливість системи виявлення, обмежену обізнаність персоналу щодо реєстрації випадків та відмінності у практиках епіднагляду.

У 2025 р. структура (ІПНМД, в Україні характеризується високою часткою інфекцій органів хірургічного втручання (ІОХВ), що становили 48,2% усіх випадків, визначаючи операційні втручання як ключовий пріоритет програм інфекційного контролю. Наступними за поширеністю були пневмонія та інфекції нижніх дихальних шляхів — 16,5%, інфекції шкіри та м'яких тканин — 9,8%, а також інфекції сечовивідних шляхів — 9,4%. Інфекції кровотоку реєструвалися рідше та становили 4,3% усіх ІПНМД. До інших менш поширених або рідкісних інфекцій (кожна <4%) належали: COVID-19, катетер-асоційовані інфекції без інфекції кровотоку, інфекції кісток та суглобів, інфекції центральної нервової системи, інфекції серцево-судинної системи, інфекції очей, вуха, носа або ротової порожнини, інфекції шлунково-кишкового тракту, інфекції репродуктивної системи та системні інфекції.

Ризик ІПНМД залежав від профілю відділення, найбільші значення були зафіксовані у відділеннях анестезіології та реанімації (14,7%), за якими слідували хірургічні відділення — 4,1%, у терапевтичних відділеннях рівень поширеності склав — 0,6% що пов'язано з тяжкістю стану пацієнта та частішим застосуванням інвазивних втручань

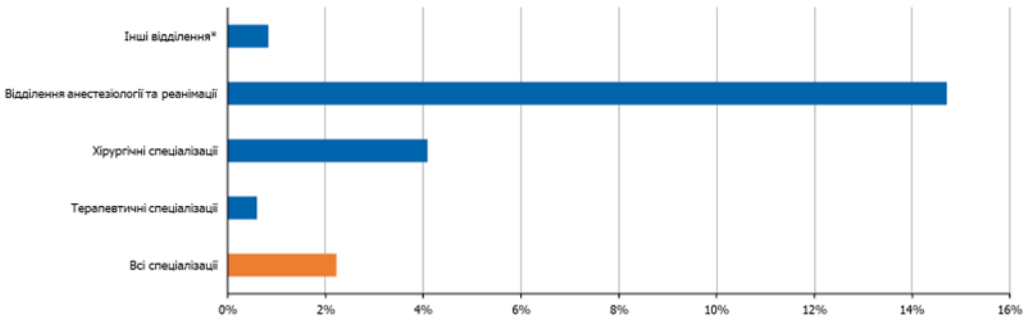


Рис. 4.8. Поширеність ІПНМД в залежності від типу відділення

Мікробіологічне підтвердження отримано у 72,2% випадків, водночас частка невиявлених збудників окремих типів інфекцій вказує на обмежені діагностичні можливості, а низька частота інфекцій кровотоку потребує обережної інтерпретації через залежність від практики забору та посівів крові.

Застосування антимікробних препаратів серед госпіталізованих пацієнтів становило 23,45%, з найвищою часткою у відділеннях анестезіології та реанімації (59,2%) та педіатричних

відділеннях (50,2%). Антибіотики широкого спектра дії складали 44,8%, переважно β-лактамні (цефалоспорини та карбапенеми). Періопераційна антибіотикопрофілактика понад одну добу залишалася поширеною (60,2%), а обгрунтувань до призначення АЛЗ було неповним у 23,2% випадків, обмежуючи внутрішній аудит та оцінку доцільності терапії.

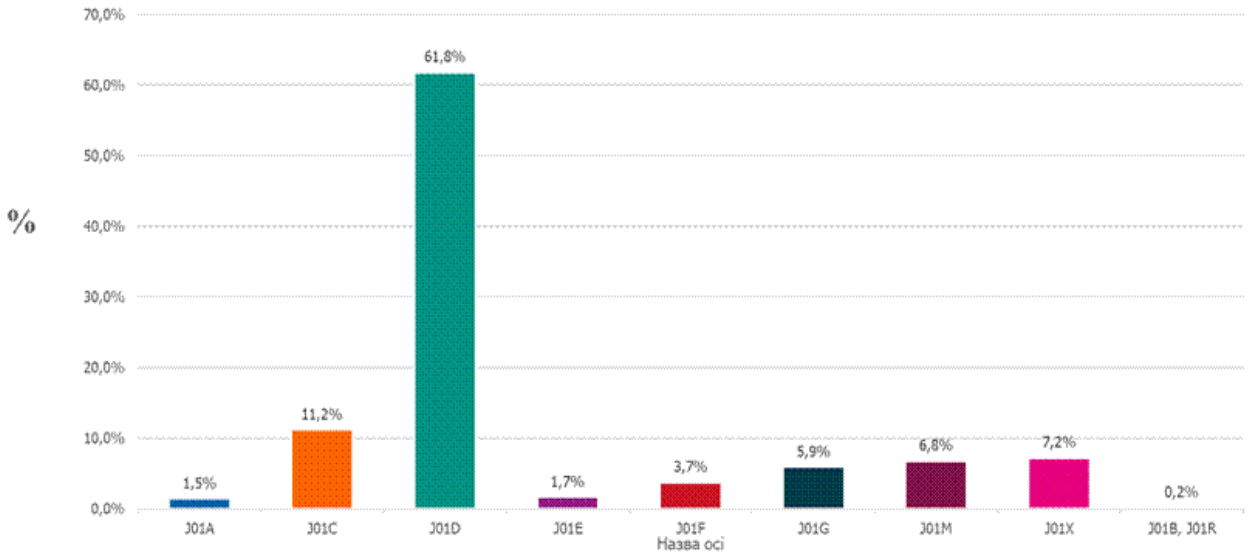


Рис. 4.9. Класи АЛЗ*, що застосовувалися.

** **J01A** — тетрацикліни, **J01B** — амфеніколи, **J01C** — пеніциліни, **J01D** — β-лактамні антибіотики, відмінні від пеніцилінів (цефалоспорини, карбапенеми, монобактами), **J01E** — сульфаніламіди та триметоприм, **J01F** — макроліди, лінкозаміди та стрептограміни, **J01G** — аміноглікозиди, **J01M** — хінолони, **J01X** — інші антибактеріальні лікарські засоби*

Результати чутливості до АМР першого рівня були доступні для 80,6% ізолятів, композитний індекс АМР – 64,8%, із найвищим у ЗОЗ 3 (80%). Виявлено високий рівень резистентності Enterobacterales до цефалоспоринів 3-го покоління (73,2%) і карбапенемів (49,1%), а також карбапенем-резистентність P. aeruginosa (68,2%) та A. baumannii (75,0%).

Одномоментне дослідження поширеності ІПНМД відображає ситуацію в конкретний момент часу. Результати дослідження ОРІПНМД не відображають динаміку процесів у часі та не формують обсяг даних, достатній для глибокого статистичного аналізу окремих підгруп.

Незважаючи на методологічні обмеження одномоментного дослідження, отримані дані мають важливе значення для планування заходів інфекційного контролю. Результати дослідження підтверджують, що тяжкість стану пацієнтів та інтенсивність інвазивних втручань є ключовими детермінантами ризику розвитку ІПНМД — а відтак моніторинг цих інфекцій має розглядатися як невід'ємний елемент клінічного спостереження за пацієнтом, а не лише як завдання відділу інфекційного контролю. Структура ІПНМД, у якій майже половину випадків (48,2%) складають інфекції ділянки хірургічного втручання, а інфекції нижніх дихальних шляхів і пневмонія — ще 16,5%, чітко визначає операційний блок і відділення інтенсивної терапії як ключові точки ризику, що підтверджується показниками поширеності: у відділеннях анестезіології та реанімації — 14,7%, у хірургічних — 4,1%, у терапевтичних — 0,6%. Поєднання цих структурних особливостей із високим рівнем антимікробної резистентності, недостатнім обґрунтуванням призначень АЛЗ та пролонгованою антибіотикопрофілактикою формує системні передумови для поширення резистентних збудників, що потребує невідкладного реагування — зокрема, впровадження програм адміністрування антимікробних препаратів у всіх ЗОЗ, які беруть участь у наданні стаціонарної медичної допомоги.

Узагальнюючи результати як одномоментного дослідження поширеності ІПНМД, так і аналізу офіційної звітності за 2023–2025 рр., слід констатувати збереження системних викликів у сфері профілактики інфекцій та інфекційного контролю, пов’язаних із наданням медичної допомоги в Україні. Розбіжність між реальним тягарем ІПНМД, задокументованим у ході одномоментного дослідження (247 пацієнтів з ІПНМД зареєстровано протягом місяця), та

офіційно зареєстрованими випадками (390 випадків за 2025 р. у масштабах усієї країни) є показовою і вказує на прихований тягар ІПНМД, пов'язаний з обмеженнями чинної системи епідеміологічного нагляду, недостатньою мікробіологічною діагностикою та дефіцитом кадрових ресурсів для проведення повноцінного інфекційного контролю в умовах воєнного часу.

4.6. Захворюваність на туберкульоз

Аналіз даного розділу ґрунтується на формах звітності № 8-1 «Звіт про результати лікування випадків туберкульозу, які зареєстровані 12-15 місяців тому, ТБ 08», № 8-2 «Звіт про конверсію мокротиння у пацієнтів з туберкульозом легень ТБ 10», № 8-3 «Звіт про результати мікроскопічних, мікробіологічних досліджень, швидких тестів (Xpert MBT/RIF)/ULTRA/LFLAM/LPA) та стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у випадках туберкульозу, зареєстрованих 3-6 місяців тому ТБ 07», №8-4 «Звіт про проміжні результати лікування випадків РифТБ/МЛС-ТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ ТБ 07-МЛС-ТБ», № 8-6.1 «Звіт про результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛСТБ/пре-ШЛС-ТБ/ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування тривалими режимами 18(20) місяців тому ТБ 08.1-МЛС-ТБ», № 8-6.2 «Звіт про результати лікування випадків Риф-ТБ/МЛСТБ/пре-ШЛС-ТБ, за якими розпочато лікування короткими режимами 6-11 місяців тому ТБ 08.2-МЛС-ТБ», затверджених наказом МОЗ України 15.07.2024 №1226 та форми звітності № 33-коротка «Звіт про пацієнтів з туберкульозом», що затверджена наказом МОЗ України від 21.04.2025 № 680, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05.05.2025 за № 670/44076.

У 2025 р. захворюваність на ТБ становила 38,0 на 100 тис. населення (15564 нових епізодів туберкульозу) та зменшилась на 14% у порівнянні з 2024 р. (44,2 на 100 тис. населення; 18140 нових епізодів захворювання). Регіональний розподіл захворюваності на туберкульоз наочно демонструє вплив військових дій на отримання населенням медичних послуг, що відображається на даних захворюваності у тих областях України, в яких має місце тимчасова окупація частини територій. Найбільші показники захворюваності та ТБ на 100 тис. населення спостерігаються у Дніпропетровській (60,8), Кіровоградській (66,2) та Одеській (73,5) областях. Найнижчі – у Херсонській (13,5) та Донецькій (7,6). Для розрахунку на 100 тисяч населення використовуються дані щодо кількості населення станом на 01.01.2022 року.

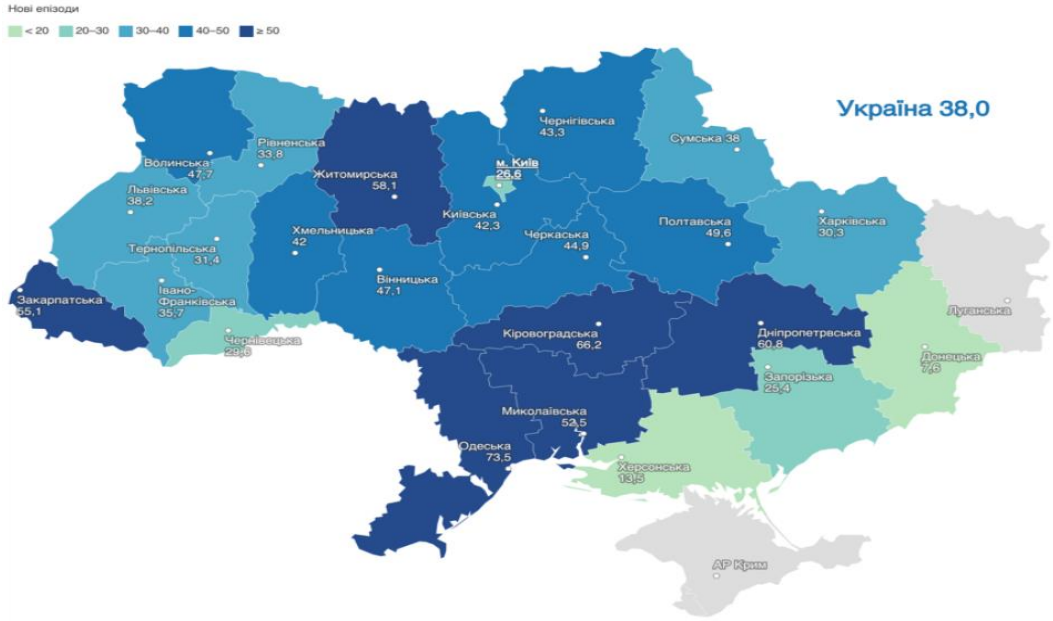


Рис. 4.10. Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. населення за 2025 р.

Зміни захворюваності на туберкульоз варіюють від області до області і залежать від ряду факторів, найбільш вагомим з яких є вплив війни. Лише дві області мають приріст показника захворюваності Житомирська (+5,8%) та Чернігівська (+1,2%). Це може свідчити про покращення виявлення випадків ТБ або реальне зростання захворюваності.

Області з найбільшим зниженням: Дніпропетровська (–29,5%), м. Київ (–27,3%), Херсонська (–25,8%) та Донецька область (–25,5%). Зниження може бути пов’язане з покращенням заходів профілактики або змінами у міграційних потоках населення.

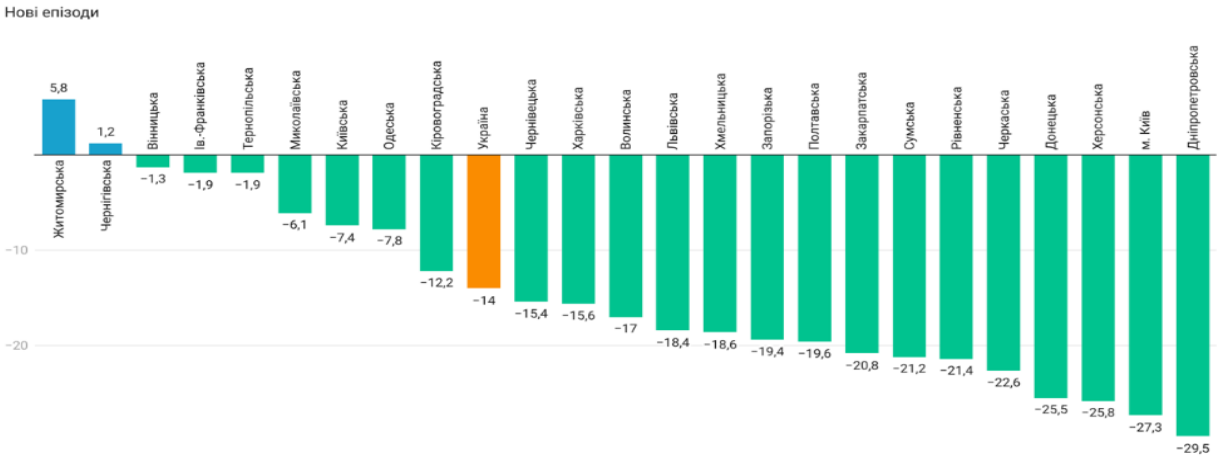


Рис. 4.11. Приріст показника захворюваності на туберкульоз. 2024-2025 рр.

У 2025 р. серед нових випадків туберкульозу зберігається виражена гендерна нерівномірність: чоловіки становлять 74,3%, тоді як жінки – 25,7% від усіх зареєстрованих випадків. За місцем проживання переважають мешканці міської місцевості (60,5%), тоді як частка сільського населення становить 39,5%.

Вікова структура свідчить про концентрацію захворюваності серед осіб працездатного віку: найбільша частка припадає на групу 35-54 роки (57,1%), далі – 55 років і старше (26,1%) та 18-34 роки (13,4%). Частка дітей та підлітків є низькою: у віці 0-4 роки – 0,6%, 5-14 років – 1,8%, 15-17 років – 1,0%, що може свідчити як про нижчий рівень захворюваності, так і про особливості виявлення випадків у цих вікових групах.

Загалом структура захворюваності на туберкульоз у 2025 р. характеризується домінуванням випадків серед чоловіків, міського населення та осіб середнього і старшого працездатного віку.

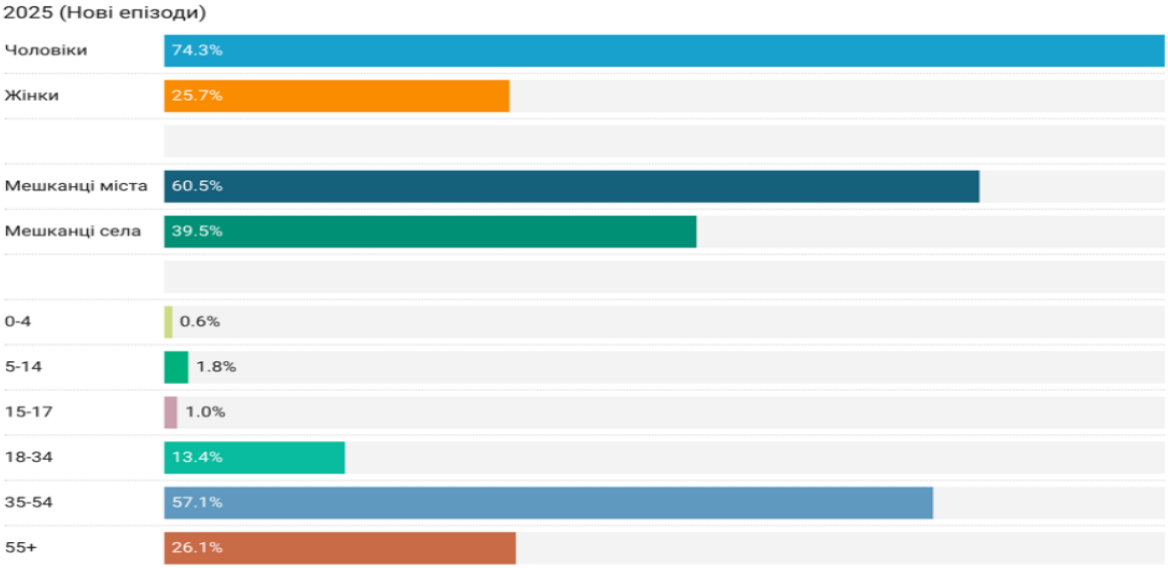


Рис. 4.12. Статево-вікова структура та демографічні особливості осіб з ТБ, 2025 р.

Показник захворюваності на ТБ серед дітей становив 6,0 на 100 тис. населення проти 7,6 у 2024 р. та зменшився на 21%. Абсолютна кількість випадків туберкульозу у дітей віком 0-14 років зменшилась з 464 до 368 випадків у порівнянні з кількістю у минулому році. Поряд зі зменшенням реєстрації абсолютної кількості нових випадків та рецидивів ТБ відзначено зменшення частки випадків ТБ у дітей віком 0-14 років серед загальної кількості випадків ТБ з 2,6% у 2024 р. до 2,4% у 2025 р., проте за рекомендаціями ВООЗ частка дітей серед загальної

кількості випадків ТБ повинна становити 5–10%. На регіональному рівні частка виявлення випадків ТБ серед дітей у 2024 році коливалася від 0,3% у Тернопільській області до 7,9% у Кіровоградській області. У тринадцяти областях частка виявлення випадків ТБ серед дітей знизилася, і у десяти регіонах – збільшилася, ймовірніше, через покращення діагностики ТБ серед дітей.

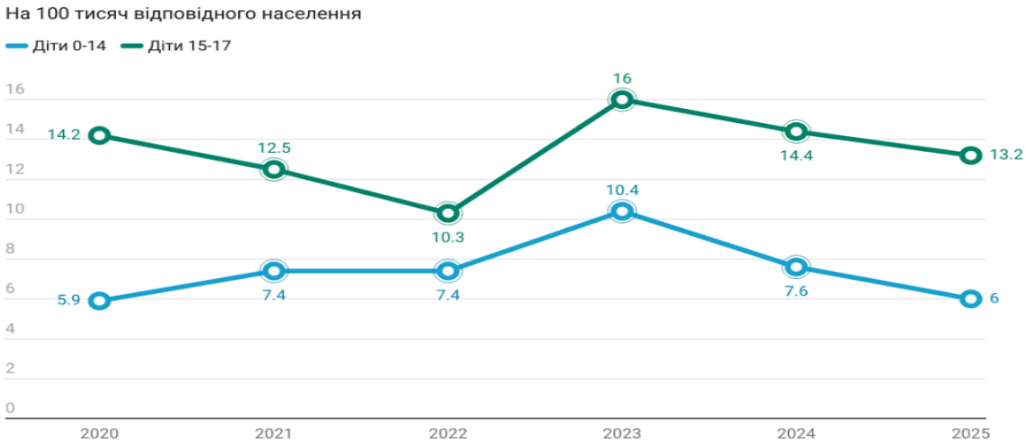


Рис. 4.13. Динаміка захворюваності на туберкульоз серед дітей (2020-2025 рр).

В Україні лікування відбувається відповідно до сучасних стандартів, заснованих н доказах та забезпечено повний доступ до інноваційних високоефективних ліків.

Успішність лікування випадків лікарсько-чутливих форм по Україні залишається стабільною та становить 76,1 % (мета – 85%).

Показник ефективності лікування випадків чутливого ТБ не досягається в основному за рахунок втрати для подальшого спостереження (5,3%), невдач лікування (9%) та померлих (9,4%).

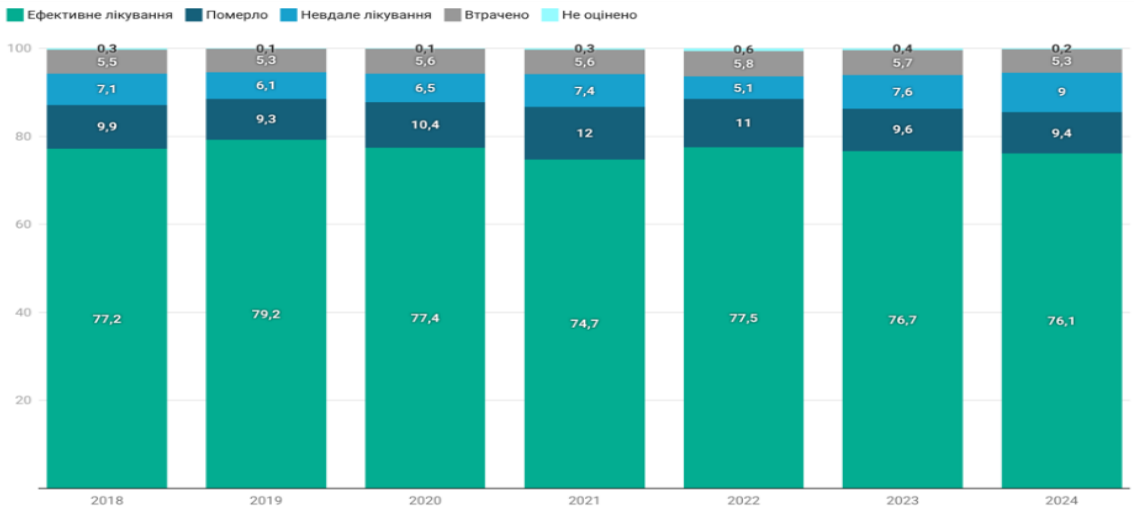


Рис. 4.14. Результати лікування випадків лікарсько-чутливого туберкульозу.

Успішність лікування випадків лікарсько-стійких форм туберкульозу покращилась з 63,2% у 2023 р. до 72,8% у 2025 р.(мета – 85%).

В країні забезпечено багатогалузевий та багатосекторальний підхід до подолання туберкульозу, що включає комплексні заходи, із залученням різних секторів та галузей для ефективної профілактики, діагностики, лікування та контролю захворювання.

Широке залучення закладів первинної медичної допомоги до надання медичних послуг людям, які хворіють на туберкульоз, дало можливість забезпечити проведення лікування туберкульозу амбулаторно з перших днів після встановлення діагнозу, створення можливостей для ефективного впровадження пацієнт орієнтованих амбулаторних моделей надання медичної допомоги. У 2025 р. 38 % людей, які хворіють на туберкульоз, отримали лікування на амбулаторному етапі у закладах первинної медичної допомоги.

З метою залучення територіальних громад до вирішення питань подолання туберкульозу на місцевому рівні в Україні широко впроваджується ініціатива «Територіальна громада вільна від туберкульозу», як усвідомлення важливості питання подолання туберкульозу та досягнення мети до якої ми всі рухаємося попри війну та важкі випробування - Україна без туберкульозу. У 2025 році 165 територіальних громад приєдналися до зазначеної ініціативи.

В країні широко впроваджуються та використовуються інноваційні підходи для швидкої діагностики та ефективного лікування туберкульозу:

Одним із інструментів скринінгу та в якості первинного діагностичного тесту на туберкульоз використовується молекулярно-генетичне дослідження біологічного матеріалу Xpert MBT/Rif Ultra, яке є в рази чутливішим за мікроскопічне дослідження, а також, відразу дозволяє визначити чутливість до одного з основних протитуберкульозних препаратів - Рифампіцину, що забезпечує не лише швидке виявлення захворювання, але і його мультирезистентних форм, що спряє ранньому початку ефективного лікування.

На сьогодні встановлено 287 систем Xpert для діагностики туберкульозу по всій країні, за виключенням тимчасово окупованих територій, що забезпечує повну доступність до цього методу діагностики.

Радіологічне обстеження органів грудної клітки є основним етапом в алгоритмі систематичного скринінгу ключових груп та груп підвищеного ризику розвитку туберкульозу. У 2025 році широко впроваджувався та активно використовувався штучний інтелект (ШІ) для аналізу рентгенівських знімків органів грудної клітки, сприяючи покращенню ранньої діагностики туберкульозу та інших патологій.

Станом на кінець 2025 р. у фтизіопульмонологічних закладах уже впроваджено 11 систем ШІ, та ще 2 системи перебувають на етапі отримання ліцензій для подальшої інтеграції з портативними рентгенівськими апаратами та їх використання в медичних закладах.

Україна займає лідерські позиції у всьому світі щодо впровадження інновацій у діагностиці та лікуванні ТБ. Ми є першою країною, яка в умовах війни розпочала повномасштабне впровадження у всій країні коротких схем лікування пацієнтів з лікарсько-стійким ТБ новітнім препаратом претоманід, що дало змогу скоротити терміни лікування таких пацієнтів втричі (з 18 до 6 місяців). Окрім цього, за результатами попереднього аналізу, таке лікування краще переноситься пацієнтами, викликає менше побічних реакцій, а результати лікування наближені до виконання цілі і складає 81%.

В Україні створено умови для рівного доступу до всіх медичних послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ для всіх хто цього потребує, навіть у прифронтових регіонах, де медичні працівники працюють в умовах щоденних загроз для життя та здоров'я, під вибухами та обстрілами. Фтизіатрична служба є лідером змін, яка реалізує стратегії та впроваджує інновації у протидії туберкульозу в умовах повномасштабної війни рф проти України та глобальних викликів.

4.7. Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Дані цього підрозділу ґрунтуються на даних форм звітності № 2 ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_ рік» (річна), що затверджена наказом МОЗ України 05.03.2013 № 180, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27.03.2013 за № 498/23030.

У 2025 р. в Україні зареєстровано 8024 випадки ВІЛ-інфекції та 2667 випадків захворювання на СНІД, 917 випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом. В країні спостерігається концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції з ознаками змішаного типу в окремих регіонах та від'ємним темпом приросту більшості показників.

Порівняно з 2024 р., темп приросту показників виявлення та реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції уповільнився. Позитивний темп приросту мають показники обсягів тестування на ВІЛ (6,1%), залучення до медичного нагляду осіб з позитивним результатом тестування (1,9%) та охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) людей, які живуть з ВІЛ і перебувають під медичним наглядом (2,7%). Також має місце позитивна тенденція щодо зменшення кількості нових випадків СНІД та смертей, обумовлених СНІД (таб. 4.6).

Таблиця 4.6. Основні результати епіднагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні, 2024–2025 рр.

Показник	2024	2025	$T_{пр.}$ (%)
Кількість осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, за даними СЕМ	2 587 184	2 744 407	**6,1**
Рівень серопревалентності ВІЛ за даними СЕМ серед осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію (%)	0,48	0,35	**-27,1**
Кількість осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ, за даними СЕМ[1]	12 381	9 734	**-21,4**
Охоплення медичним наглядом осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ (%)	90,1	91,8	**1,9**
Кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за рік	10 038	8 024	**-20,1**
Загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на кінець року	137 780	130 676	**-5,2**
Охоплення антиретровірусною терапією людей, які живуть з ВІЛ та перебувають під медичним наглядом (%)	86,2	88,5	**2,7**
Кількість ВІЛ-експонованих дітей на обліку	2 969	2 445	**-17,6**
Кількість вперше зареєстрованих випадків СНІДу	3 127	2667	**-14,7**
Кількість людей, померлих від СНІДу	1 169	917	**-21,6**

Станом на кінець 2025 р. на контрольованих Урядом територіях у ЗОЗ під медичним наглядом перебувало 130 676 осіб з ВІЛ-інфекцією, що на 5,2% менше, ніж у 2024 р. Зменшення кількості людей з ВІЛ-інфекцією на обліку відмічається в 11 областях, зокрема у Херсонській ($T_{пр}$–63,5%), Харківській та Донецькій ($T_{пр}$–22,3%), Одеській ($T_{пр}$–10,4%).

Поширеність ВІЛ-інфекції (рис. 4.15) становить 318,7 на 100 тис. населення[2]. Як і в попередньому році, найвищий рівень поширеності за даними офіційної реєстрації випадків спостерігається у Дніпропетровській (901,2), Одеській (773,4), Миколаївській (694,2) областях та місті Києві (527,2).

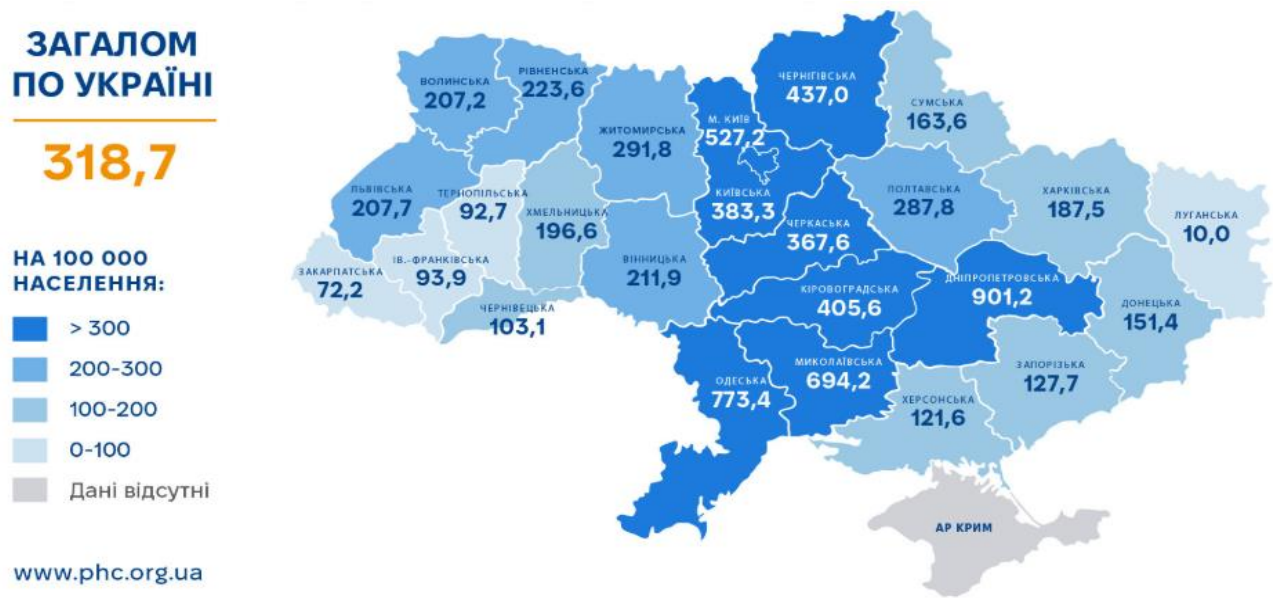


Рис. 4.15. Поширеність ВІЛ-інфекції в регіонах України за даними медичного нагляду станом на 01.01.2026 (на 100 тис. населення)

За даними СЕМ порівняно з 2024 р. обсяги послуг з тестування на ВІЛ (далі – ПТВ) зросли з 2587184 до 2744407 (Тпр +6,1%), у тому числі збільшилась кількість осіб, яких обстежено швидкими тестами (Тпр +9,3%). Збільшення кількості тестувань у 2025 році зареєстроване у 14

[1] Включно з ВІЛ-експонованими дітьми.

[2] Показник розрахований з використанням даних Держстату України про чисельність населення станом на 01.01.2022 р. Враховуючи демографічні зміни, що відбулись в країні після початку повномасштабного вторгнення, поширеність ВІЛ-інфекції на кінець 2025 р. може становити близько **429,0** на 100 000 населення (з врахуванням оціночних даних про чисельність населення з відкритих джерел).

областях, зокрема у Львівській ($T_{пр}$ +51,9%) та Харківській ($T_{пр}$ +38,8%). Зменшення тестувань відбулось в 11 областях, зокрема у Чернівецькій ($T_{пр}$ –16,9%), Житомирській ($T_{пр}$ –16,5%) та Закарпатській ($T_{пр}$ –16,45%).

Впродовж року у 9734 осіб були виявлені серологічні маркери ВІЛ (Тпр –21,4%), при цьому рівень серопревалентності ВІЛ серед обстежених осіб знизився у 2025 році з 0,48% до 0,35% з коливанням значень в межах регіонів України від найнижчих у Черкаській (0,1%), Івано-Франківській (0,14%) та Тернопільській (0,18%) областях до найвищих - у Миколаївській (0,8%), Одеській (0,7%), Дніпропетровській (0,6%) та Донецькій (0,5%).

Серед окремих контингентів населення результати тестування також дуже відрізняються. Найвищий рівень серопревалентності зареєстрований серед осіб, які мали гетеросексуальні стосунки з ЛЖВ (6,8%). Перевищує середнє значення рівень серопревалентності серед чоловіків, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом (2,2%), серед осіб, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин (1,7%) та осіб з ризикованою статевою поведінкою 1,6% (незахищені статеві контакти з випадковими статевими партнерами).

Важливою і невід'ємною частиною надання послуг з тестування на ВІЛ є забезпечення своєчасного залучення ВІЛ-позитивних осіб до медичного нагляду. Починаючи з 2021 р., цей показник тримається на рівні > 90%, що є важливим елементом ефективного епіднагляду. У 2025 р. цей показник становив 91,8%.

У 2025 р. за даними офіційної реєстрації, показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію (рис. 4.16) в Україні становив 19,6 на 100 тис. населення[3]. У середньому щодня реєструвались 22 випадки захворювання на ВІЛ-інфекцію, з них 7 випадків СНІДу.

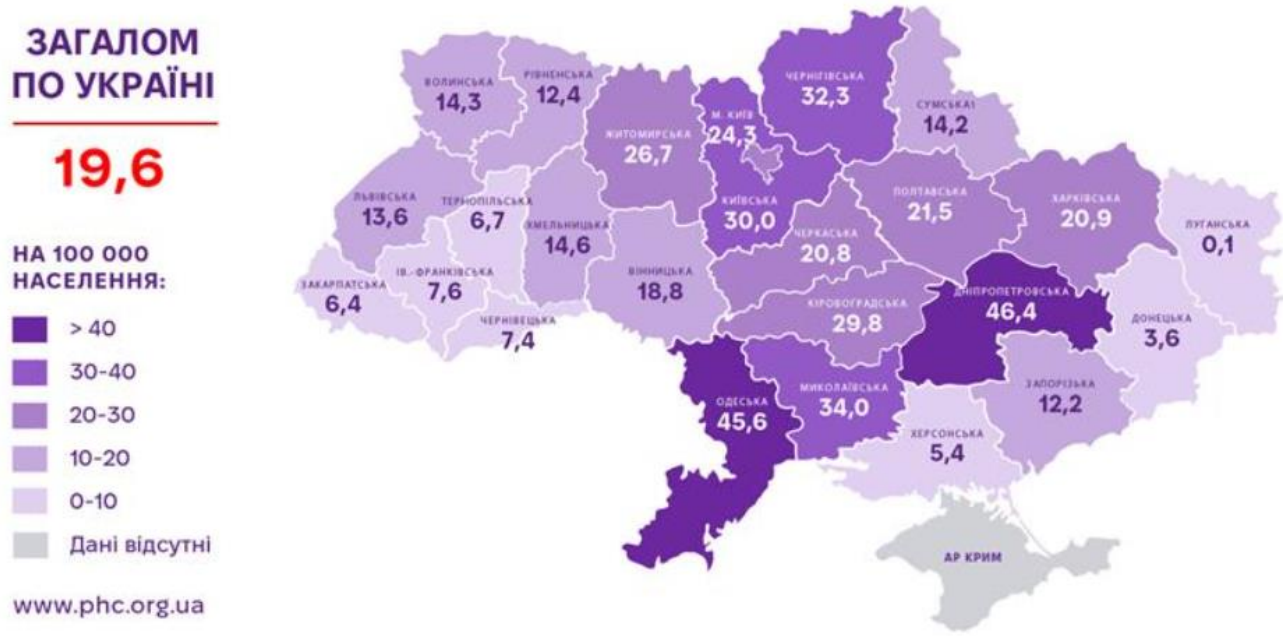


Рис. 4.16. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в регіонах України за даними медичного нагляду станом на 01.01.2026 (на 100 тис. населення).

Впродовж 2025 р. зареєстровано 8024 нових випадків ВІЛ-інфекції, що на 20,1% менше, ніж у 2024 р. (10038 осіб). Зниження показника спостерігається у всіх регіонах, насамперед у

[3] Показник розрахований з використанням даних Держстату України про чисельність населення станом на 01.01.2022 р. Враховуючи демографічні зміни, що відбулись в країні після початку повномасштабного вторгнення, захворюваність на ВІЛ-інфекцію у 2025 р. може становити близько **26,3** на 100 000 населення (з врахуванням оціночних даних про чисельність населення з відкритих джерел).

Херсонській ($Т_{пр}$ –50,5%), Донецькій ($Т_{пр}$ – 43,9%), Дніпропетровській ($Т_{пр}$ –30,5%) та Сумській ($Т_{пр}$ –25,8%) областях.

Хоча більшість випадків ВІЛ-інфекції, як і раніше, реєструють серед мешканців міста (70,3%), від початку повномасштабного вторгнення поступово збільшується частка мешканців села: з 18,9% у 2021 р. до 29,7% у 2025 р.

Структура шляхів передачі ВІЛ суттєво не змінюється. У переважній більшості зареєстрованих випадків ймовірним шляхом інфікування ВІЛ є статевий, частка якого зросла до 83,5% (80,1% у 2024 р.). Частка парентерального шляху (внаслідок вживання ін'єкційних наркотичних речовин) відповідно зменшилась і становить 15,4% (19,1% у 2024 р.). Найменшу частку становлять випадки ВІЛ-інфікування вертикальним шляхом (від матері до дитини) – 0,6% (0,5% у 2024 р.). У 0,5% ймовірний шлях інфікування не встановлений.

Статево-вікова характеристика зареєстрованих випадків залишається відносно стабільною із незмінними трендами. У 2025 р. 2/3 випадків (64%) взятих під медичний нагляд осіб складають чоловіки.

Зберігається тенденція щодо поступового збільшення вікової групи 50 років і старше, що складає 24,5% (21,9% у 2024 р.). Кількість осіб вікової групи 15-24 років дещо зменшилась (з 288 до 243) із незначним збільшенням їхньої частки у віковій структурі зареєстрованих випадків (з 2,9% до 3,0%). Важливо зазначити, що найбільша частка осіб даної вікової групи серед взятих на облік зареєстрована у 2025 р. у Закарпатській (8,9%), Вінницькій (8,5%) та Івано-Франківській (6,9%) та Львівській (6,5%) областях.

За даними ЗОЗ в Україні у 2025 р. спостерігався досить високий рівень охоплення обстеженням на CD4-клітини осіб при взятті під медичний нагляд (91,9%). Як і для більшості країн Європейського регіону ВООЗ, залишається актуальною проблема пізньої діагностики ВІЛ-інфекції. У 2025 р. серед обстежених осіб у 2/3 (64,3%) випадків кількість CD4-клітин на момент виявлення ВІЛ була <350 кл/мкл, зокрема у 41,4% випадків <200 кл/мкл, що свідчить значну імуносупресію, тобто, про пізню діагностику ВІЛ-інфекції (рис. 4.17).

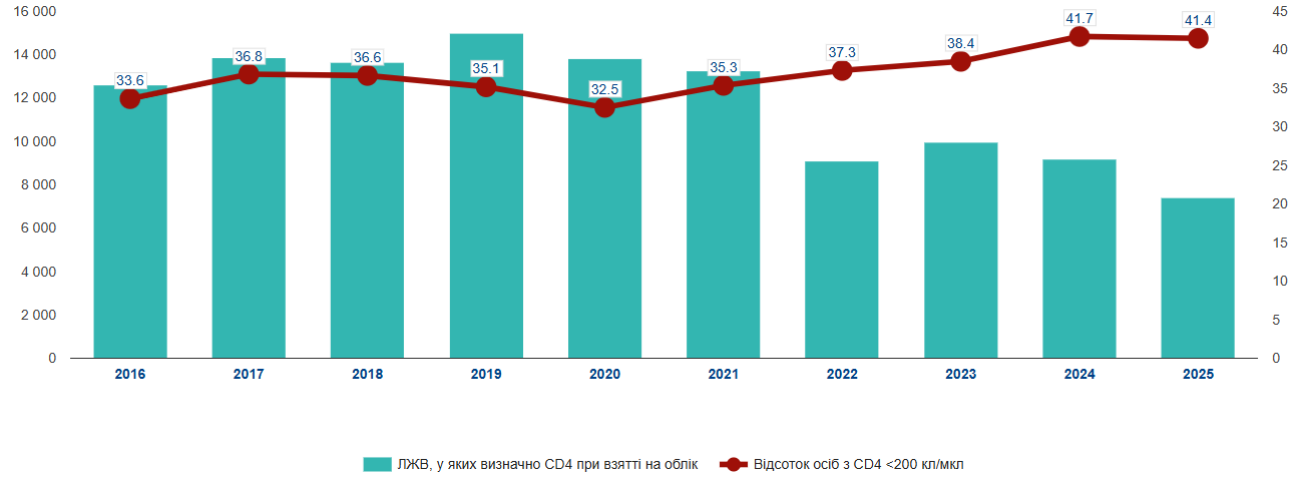


Рис. 4.17. Частка осіб з рівнем CD4 <200 кл/мкл на момент встановлення діагнозу ВІЛ (%).

У 2025 р. зареєстровано 2667 випадків захворювання на СНІД (6,5 на 100 тис. населення), що на 14,7% менше показника за 2024 р. Зниження показника захворюваності на СНІД за даними офіційної реєстрації відбулось у більшості регіонів, перш за все у Херсонській ($Т_{пр}$ –52,9%), Чернівецькій ($Т_{пр}$ –47,6%), Тернопільській (Тпр –42,1%) та Донецькій ($Т_{пр}$ –39,4%) областях. Зростання показників мало місце у Чернігівській ($Т_{пр}$ +18,6%), Черкаській ($Т_{пр}$ +9,4%), Івано-Франківській ($Т_{пр}$ +4,5%), Житомирській ($Т_{пр}$ +2,5%) областях та м. Київ ($Т_{пр}$ +5,1%).

Впродовж року було зареєстровано 3563 смерті серед людей, які живуть з ВІЛ. Суттєвих змін у структурі причин смерті не відбулося: близько третини (30,7%) випадків були безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, але переважна більшість (57,9%) обумовлені захворюваннями, які не пов'язані з ВІЛ-інфекцією. У 11,4% випадків причину смерті не встановлено. У статево-віковій структурі померлих переважає частка чоловіків (66,8%) та особи

вікової групи 25-49 років (62,6%). Більшість померлих були інфіковані статевим шляхом (63,7%).

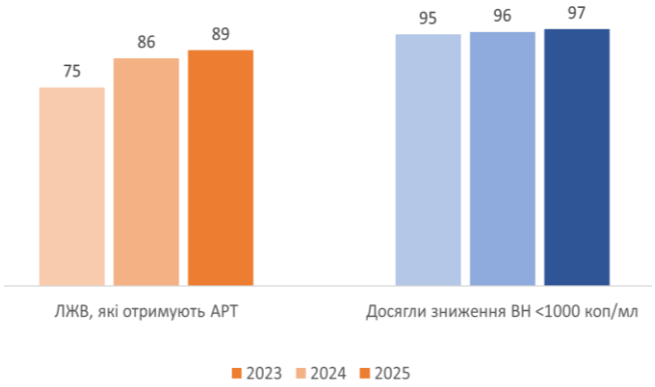


Рис. 4.18. Динаміка показників охоплення АРТ і досягнення пригнічення ВН у каскаді лікування ВІЛ за період 2023-2025 рр..

Зареєстровано 917 смертей, зумовлених СНІДом, з них 83,0% осіб отримували АРТ. Показник смертності становить 2,2 на 100 тис. населення, що на 21,6% менше показника за 2024 р. (2,8 на 100 тис. населення). Найвищі рівні смертності від СНІДу зареєстровано в Одеській (7,4), Дніпропетровській (6,7), Київській та Миколаївській (4,1) областях.

Як відомо, своєчасність діагностики та ранній початок лікування є основним фактором впливу на зменшення смертності внаслідок СНІДу та стримування подальшого поширення ВІЛ-інфекції. У 2025 році, не дивлячись на складну ситуацію в Україні, вдалось суттєво збільшити показник охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) серед ЛЖВ до 89% (рис. 4.18).

На кінець року отримували АРТ 115 650 осіб. У 97% осіб, які приймають АРТ, досягнуто вірусної супресії з рівнем вірусного навантаження РНК ВІЛ <1000 коп/мл., а 92% мають невизначальний рівень вірусу (<50 коп/мл.), що є свідченням успіху у наданні медичної допомоги ЛЖВ.

4.8. Висновки.

Епідемічна ситуація щодо інфекційних хвороб в Україні у 2023-2025 рр. характеризується як складна, багатофакторна та структурно неоднорідна, що формується під впливом як природних епідемічних процесів, так і системних трансформацій у функціонуванні системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Загальна динаміка захворюваності має хвилеподібний характер із поєднанням стабілізації за окремими нозологіями та збереження або зростання ризиків за іншими групами інфекцій.

Провідний внесок у загальне епідемічне навантаження забезпечують гострі респіраторні інфекції, вакцинокеровані хвороби, природно-осередкові та соціально значущі інфекції, зокрема ВІЛ-інфекція та туберкульоз, що формують довгостроковий тягар для системи громадського здоров'я. Водночас суттєвим викликом залишаються інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, для яких характерна невідповідність між низькими рівнями офіційної реєстрації та наявними ознаками значного поширення, зокрема у вигляді післяопераційних ускладнень та зростання антимікробної резистентності. Це свідчить про обмежену чутливість системи епіднагляду та потребу у посиленні інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я.

Епідемічний процес характеризується поєднанням позитивних тенденцій і системних обмежень. Серед позитивних – зниження захворюваності на окремі інфекції, покращення показників лікування, розширення охоплення антиретровірусною терапією та загальне зниження захворюваності на туберкульоз. Водночас зберігаються ключові проблеми, зокрема пізня діагностика ВІЛ-інфекції, недостатнє досягнення цільових показників ефективності лікування туберкульозу, виражена регіональна нерівномірність захворюваності, а також недостатня повнота лабораторної верифікації та реєстрації інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

У цілому, епідемічна ситуація в Україні визначається комплексним впливом медичних, соціально-демографічних та воєнних чинників, що підвищують вразливість системи охорони здоров'я до інфекційних загроз.

Це обумовлює необхідність:

- подальшого розвитку інтегрованої системи епідеміологічного нагляду;
- посилення інфекційного контролю в закладах охорони здоров’я;
- розширення програм імунопрофілактики;
- удосконалення політики щодо антимікробної резистентності в рамках її виконання та дотримання;
- забезпечення безперервності медичної допомоги, особливо для вразливих груп населення;
- підвищення якості реєстрації та раннього виявлення інфекційних хвороб.

Реалізація зазначених заходів є критичною для зниження епідемічних ризиків, підвищення ефективності реагування та зміцнення системи громадського здоров’я в умовах тривалих викликів.

Розділ 5. Розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР).

Цей розділ ґрунтується на даних форми звітності № 32 «Звіт щодо осіб із розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин за 20__ рік» (піврічна) (далі – форма звітності № 32), затвердженої наказом МОЗ України від 31.07.2013 № 665, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 16.08.2013 за № 1423/23955.

Зазначена форма містить інформацію закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу особам із розладами психіки та поведінки, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин. Водночас вона не охоплює дані щодо осіб із порушеннями психічного здоров'я, які вживали ПАР без формування клінічно діагностованих розладів.

У зв'язку з цим показники офіційної звітності відображають лише частину реального тягаря вживання психоактивних речовин. Загалом за останні роки спостерігається тенденція до зростання впливу залежностей та пов'язаних із ними розладів, що вказує на необхідність удосконалення системи моніторингу та розширення охоплення даних. Розширена інформація про поширеність вживання психоактивних речовин надається у Національному звіті щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні, який публікується Центром на щорічній основі.

В Україні у 2024-2025 рр. за даними форми звітності №32 спостерігалася загальна тенденція до зниження зареєстрованих показників захворюваності на психічні та поведінкові розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин (ПАР). Показник захворюваності зменшився на 21,9 % – з 45,5 на 100 тис. населення у 2024 р. до 35,5 у 2025 р.

Водночас поширеність зазначених розладів також демонструвала зниження: за 2024–2025 роки показник скоротився на 6,6 % – з 1036,3 до 969,2 на 100 тис. населення (рис.5.1).

Отримані дані відображають лише зареєстровані випадки звернень до закладів охорони здоров'я, що надають психіатричну допомогу. Враховуючи методологічні обмеження форми №32, фактичний тягар вживання ПАР у популяції є ширшим, оскільки не охоплює осіб із ризиковим вживанням з проблемами ментального здоров'я, без встановленого психіатричного діагнозу.

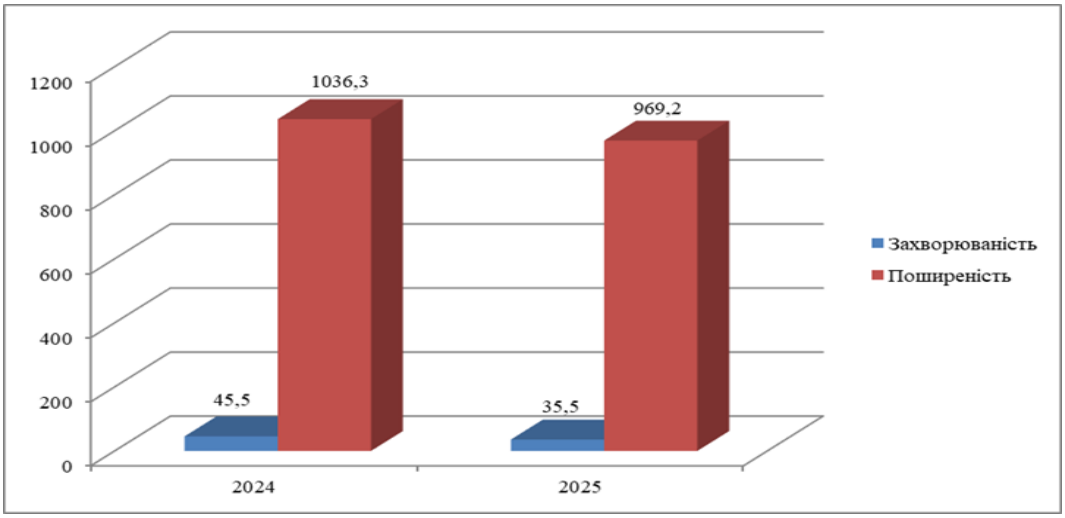


Рис. 5.1. Поширеність та захворюваність від уживання психоактивних речовин в Україні у 2024-2025 рр. на 100 тис. населення

У регіональному розрізі у 2025 р. в окремих адміністративних територіях, зокрема у м. Києві, Житомирській та Сумській областях, відзначалося відносне зростання кількості випадків гострих алкогольних психозів, що свідчить про збереження локальних осередків підвищеного ризику навіть за умов загальнонаціонального зниження показників.

Разом із тим у 2024-2025 рр. зафіксовано зменшення як кількості нових випадків розладів, так і загальної чисельності осіб, що перебувають під медичним наглядом. Кількість осіб із

вперше встановленим діагнозом знизилася на 21,8 %, а чисельність пацієнтів, які перебували під наглядом на кінець звітного періоду, – на 6,5 % (табл. 5.1). Така динаміка може відображати як реальні зміни у захворюваності, так і особливості виявлення та реєстрації випадків у межах чинної системи обліку.

Загальна структура пацієнтів із психічними та поведінковими розладами, пов'язаними з ПАР, станом на кінець періоду характеризується домінуванням осіб із опіоїдною залежністю. У 2025 р. їх частка становила 53,2 % від загальної кількості зареєстрованих випадків (табл. 5.1). Другою за значущістю групою залишаються випадки, пов'язані з уживанням кількох психоактивних речовин, що свідчить про поширеність полінаркотичного вживання.

Таблиця 5.1. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР в Україні у 2024-2025 рр.

Найменування ПАР	Роки	Опіоїди	Канна біноїди	Кокаїн	Галюци ногени	Наркотичні та інші психотичних речовин	Психотичні речовини (поєднані)	Всього
Загальна кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР	**2024**	47017	13157	214	134	22595	4382	87499
	2025	44647	12268	80	250	22633	4095	83973
Відсоток від загальної кількості осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР	**2024**	53,7	15,0	0,24	0,15	25,8	5,0	16,9
	2025	53,2	14,6	0,10	0,30	26,9	4,9	17,5
Загальна кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР старші 36 років	**2024**	32658	6324	178	66	13902	1949	55077
	2025	43228	6204	59	170	8117	4095	61873
Відсоток від загальної кількості осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР старші 36 років	**2024**	59,3	11,5	0,32	0,12	25,2	3,5	10,7
	2025	69,9	10,0	0,10	0,27	13,1	6,6	12,9
Загальна кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР віком 15-35 років	**2024**	14359	6825	36	68	8662	2390	32340
	2025	11553	6056	21	80	8104	2112	27926
Відсоток від загальної кількості осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР віком 15-35 років	**2024**	44,4	21,1	0,11	0,21	26,8	7,4	6,3
	2025	41,4	21,7	0,08	0,29	29,0	7,6	5,9

У віковому розрізі найбільшу частку становлять особи старші 36 років – 43228 випадків у 2025 р. У цій групі також домінує опіоїдна залежність (понад дві третини випадків), що підтверджує хронічний характер розладів у старших вікових групах та тривале перебування пацієнтів у системі медичного нагляду.

Водночас серед осіб віком 15-35 років зберігається значна частка пацієнтів із розладами, пов'язаними з уживанням ПАР (41,4 % у структурі цієї вікової групи припадає на опіоїди), що вказує на стабільно високий рівень ураження працездатного населення (табл. 5.1).

Окрему вагому складову становлять розлади, пов'язані з уживанням алкоголю. Станом на 01.01.2026 під наглядом перебувало 334103 особи. Переважну частку становили мешканці міських територій (58,1 % у 2025 р.), що може бути пов'язано як із структурою населення, так і з доступністю діагностики та спеціалізованої допомоги (таб. 5.2).

Таблиця 5.2. Особи з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю серед населення України у 2024–2025 рр.

Населення	Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю, абс. число		Відсоток осіб за віком та місцем проживання серед загальної кількості пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю	
	2024 р.	**2025 р.**	**2024 р.**	**2025 р.**
Загальна кількість осіб	**358854**	**334103**		
Діти віком 0-17 років	2	3	0,001%	0,006%
Молодь віком 15-35 років	78333	69256	21,8%	20,7%
Сільське населення	156008	140232	43,5%	42,0%
Міське населення	202846	193871	56,5%	58,1%

Організація психіатричної допомоги пацієнтам із ПАР у 2025 р. характеризувалася переважанням амбулаторного формату лікування – 73,0 % проти 27,0 % стаціонарного. У порівнянні з 2024 р. частка амбулаторної допомоги зросла, що може свідчити про поступову переорієнтацію системи на менш інституціоналізовані моделі надання допомоги.

Водночас стаціонарне лікування залишалося домінуючим для найбільш тяжких форм, зокрема гострих алкогольних психотичних розладів, де частка госпіталізацій перевищувала 90% (табл. 5.3). Це підкреслює клінічну тяжкість окремих форм залежності та необхідність інтенсивного медичного втручання.

Таблиця 5.3. Охоплення лікуванням хворих, які вживали ПАР в Україні у 2024–2025 рр.

Найменування	Відсоток до кількості осіб, які охоплені лікуванням			
	амбулаторним		стаціонарним	
	2024 р.	**2025 р.**	**2024 р.**	**2025 р.**
розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю	71,4	73,3	28,6	26,6
гострі психотичні алкогольні розлади	4,7	5,5	95,3	94,4
через уживання наркотичних речовин	76,1	79,1	23,8	20,7
через уживання опіоїдів	83,4	87,3	16,5	12,7
через уживання канабіноїдів	71,9	73,3	27,2	25,8
через уживання кокаїну	92,3	94,1	7,7	5,7
через уживання галюциногенів	47,8	75,2	52,2	24,8
через уживання кількох наркотичних та інших психоактичних речовин	49,7	47,1	50,2	52,6
через уживання інших (крім алкоголю, наркотиків) психоактивних речовин	31,4	50,3	69,0	49,7
через уживання усіх груп психоактивних речовин	70,7	73,0	29,3	27,0

У віковій структурі пацієнтів, охоплених лікуванням, переважали особи старші 36 років (75,1%), тоді як частка молоді віком 15–35 років становила 24,9 %. Частка дітей була незначною, що відповідає особливостям структури діагностованих розладів (рис. 5.1).

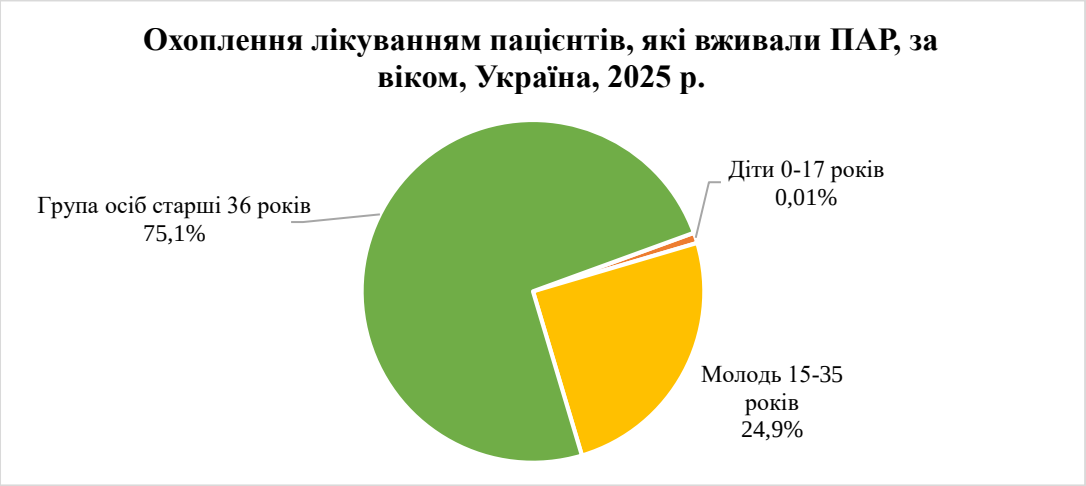


Рис. 5.2. Вікова структура пацієнтів, що охоплені лікуванням, які вживали ПАР, Україна, 2025 р.

Загалом, попри зафіксоване зниження зареєстрованих показників захворюваності та поширеності, результати аналізу слід інтерпретувати з урахуванням обмежень системи обліку. Дані форми №32 відображають лише частину осіб із психічними та поведінковими розладами, пов'язаними з ПАР, тоді як значна частина осіб із ризиковим або проблемним вживанням залишається поза офіційною статистикою. Це свідчить про ймовірне недооцінювання реального тягаря залежностей у популяції.

З огляду на стабільно високу частку опіоїдної залежності, значну представленість працездатного населення та наявність регіональних піків гострих станів, проблема вживання психоактивних речовин залишається суттєвим викликом для системи громадського здоров'я та потребує подальшого удосконалення моніторингу, раннього виявлення та профілактичних заходів.

Розділ 6. Лікування пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я України.

Аналіз щодо складу хворих при стаціонарному лікуванні пацієнтів виконано на підставі даних таблиці 3220 «Склад хворих у стаціонарі» медичної форми звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи-підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 20__ рік» (затвердженої наказом МОЗ України від 10 липня 2007 року № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03 вересня 2007 року за № 1009/14276) (далі – форма звітності « 20) від закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ, інших міністерств і приватних установ.

6.1. Загальне стаціонарне лікування пацієнтів

Порівняльний аналіз загальної кількості виписаних пацієнтів із стаціонарних закладів охорони здоров'я ЗОЗ у 2021 та 2025 рр. демонструє загальну тенденцію до зростання обсягів госпіталізацій майже за усіма нозологічними групами. Загальний темп приросту становив 42,5%, що може свідчити як про відновлення доступу до медичних послуг після пікових обмежень пандемічного періоду, так і про наслідки тривалого збройного конфлікту, який вплинув на фізичне та психічне здоров'я населення (див. табл. 6.1)

Винятком із цієї динаміки є деякі групи захворювань, серед яких: хвороби органів дихання (код згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб десятого перегляду (далі – МКХ-10) – J00–J99) , ускладнення, пов'язані з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом (код O00–O99), стани перинатального періоду (код P00–P96), а також категорія «Інші», до якої включено випадки коронавірусної інфекції COVID-19, травматичні летальні наслідки та інші захворювання, що не підпадають під кодування основними рубриками. Скорочення госпіталізацій у цих категоріях може бути пов'язане як із завершенням епідеміологічного піку COVID-19, так і зі змінами в маршрутизації пацієнтів, у структурі населення внаслідок евакуації чи загибелі цивільного населення.



Рис. 6.1. Темпи приросту/зменшення виписаних стаціонарних пацієнтів із ЗОЗ у порівнянні 2021 та 2025 рр., Україна

Особливої уваги заслуговує різке зростання кількості госпіталізацій при хворобах нервової системи (код G00–G99) – на 166,94%, а також за групою неконкретизованих симптомів та синдромів (код R00–R99) – на 148,9%. Така динаміка може відображати вторинні наслідки воєнних дій: психологічні травми, порушення психоемоційного стану, посттравматичні стресові розлади, а також соматичні симптоми невідомого або змішаного генезу, які не мали чіткого діагностичного оформлення на первинному рівні.



Рис. 6.2. Темпи приросту/зменшення померлих пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я у порівнянні 2021 та 2025 рр., Україна.

Діаграма з рис. 6.2. демонструє темпи приросту/зменшення кількості померлих пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я України у 2025 р. порівняно з 2021 р.

Загалом спостерігається суттєве зниження летальності: у категорії "всього" показник зменшився на 33,5%. Найбільше скорочення смертей зафіксовано у групах:

«Інші» – на 98,95%,

«Хвороби органів дихання (код J00–J99)» – на 85,98%,

«Інфекційні та паразитарні хвороби (код A00–B99)» – на 81,60%.

Це може вказувати на перенаправлення фокусу медичної допомоги на стани, які реєструвалися внаслідок воєнних дій та гострі стани, де фіксація летальних випадків здійснювалася в інших структурах або умовах.

Водночас спостерігається різке зростання кількості смертей у кількох категоріях:

«Новоутворення (код C00–D48)» – на 61,47%,

«Хвороби сечостатевої системи (код N00–N99) » – на 43,10%,

«Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (код L00–L99)» на 42,80%.

Такий зсув свідчить про посилення тягаря хронічних, психосоматичних та невизначених станів, які могли бути пов'язані з тривалим стресом, нестачею доступної медичної допомоги, міграцією населення, а також наслідками війни. Погіршення психічного здоров'я, неврологічні ускладнення та ускладнені вагітності є типовими наслідками гуманітарних криз, що узгоджується з поточною ситуацією в Україні.

У цілому, зазначені зміни свідчать про зростання потреби в стаціонарній допомозі, що частково обумовлено як наслідками тривалого порушення медичної допомоги під час пандемії, так і довготривалим впливом війни на здоров'я цивільного населення, зокрема вразливих груп. (таб. 6.1)

Таблиця 6.1. Дані щодо виписаних та померлих у стаціонарах закладів охорони здоров'я, Україна, 2021-2025 рр.

Найменування класів хвороб. Шифр згідно з МКХ-10	Кількість пацієнтів, які виписані зі стаціонарних закладів охорони здоров'я						Кількість пацієнтів, які померли у стаціонарних закладах охорони здоров'я					
	2021 р	2022 р	2023 р	2024 р	2025 р	Діаграма	2021 р	2022 р	2023 р	2024 р	2025 р	Діаграма
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A00-B99)	172102	154478	165441	179664	156839		18362	5992	3928	3803	3378	
Новоутворення (C00-D48)	523578	562861	703939	779276	810887		14481	16431	20959	22974	23382	
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму	26228	30854	38503	40967	43055		190	197	166	177	187	
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (E00-E90)	126475	148127	199416	230050	229850		1543	1521	1695	1660	1778	
Розлади психіки та поведінки (F00-F99)	272366	258538	310843	350294	345847		530	332	353	440	525	
Хвороби нервової системи (G00-G99)	257335	330604	494002	620445	6866928		1846	1514	1806	2423	2460	
Хвороби ока та придаткового апарата (H00-H59)	128335	148264	190178	203592	206829		-	-	1	1	2	
Хвороби вуха та соскоподібного відростка (H60-H95)	30690	38656	57301	64006	60984		21	22	31	42	45	
Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	853713	1022794	1324669	1462610	1433448		65975	62128	66998	71522	72757	
Хвороби органів дихання (J00-J99)	986297	641078	784526	870776	890785		59428	13377	7171	8295	8331	
Хвороби органів травлення (K00-K93)	508337	565072	700433	750942	727383		12795	11809	13387	14475	14749	
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00-L99)	104394	124136	177856	218763	200803		500	463	536	661	714	
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99)	268148	364252	486665	549436	516183		236	235	310	330	327	
Хвороби сечостатевої системи (N00-N99)	387426	430428	539174	585840	581731		1782	1774	2167	2571	2550	
Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00-O99)	476181	399756	401793	384173	333254		103	21	24	37	18	
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (P00-P96)	56180	49478	55275	49993	45232		1123	867	812	790	701	
Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення (Q00-Q99)	45485	42728	54657	59073	56336		603	471	462	452	407	
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках (R00-R99)	15251	19821	28356	33813	37971		39	72	56	64	53	
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (S00-T98)	381103	516113	658128	739391	743429		6116	6854	6621	7126	6969	
Інші (коронавірусна хвороба)	79151	55602	26035	21746	15574		24093	4948	1224	561	250	
Усього (A00-T98)	**5698775**	**5903640**	**7397190**	**8194850**	**8123348**		**209766**	**129028**	**128707**	**138404**	**139583**	

У структурі пацієнтів, що були проліковані у стаціонарних закладах охорони здоров'я переважають пацієнти з діагнозами, що відносяться до розділів «Хвороби системи кровообігу (код I00–I99)», які складають 18,2% від усього пролікованих пацієнтів та «Хвороби органів дихання (код J00–J99)», які складають 10,9% від усього пролікованих пацієнтів.



Рис. 6.3. Структура виписаних стаціонарних пацієнтів за нозологічними одиницями, Україна, 2025 р.

У 2021-2025 рр. в Україні спостерігається позитивна динаміка в стаціонарному лікуванні як дорослих, так і дітей. Кількість пролікованих дорослих зросла з 4,78 млн до 6,98 млн осіб, тоді як кількість померлих у стаціонарах знизилася на 33,4% – із понад 207 тис. до 138 тис. Це свідчить про відновлення доступу до медичної допомоги та підвищення її ефективності в умовах війни. Подібна тенденція спостерігається і серед дітей: за п'ять років кількість пролікованих пацієнтів зросла більш ніж на 22,5%, при цьому дитяча смертність у стаціонарах зменшилася на 35,5%, зокрема серед немовлят – на понад 39,4%.

Такі результати можуть бути наслідком адаптації медичної системи до роботи в умовах воєнного стану, а також спадом епідемії COVID-19, яка суттєво впливала на рівень госпіталізацій і летальності у 2021 р.

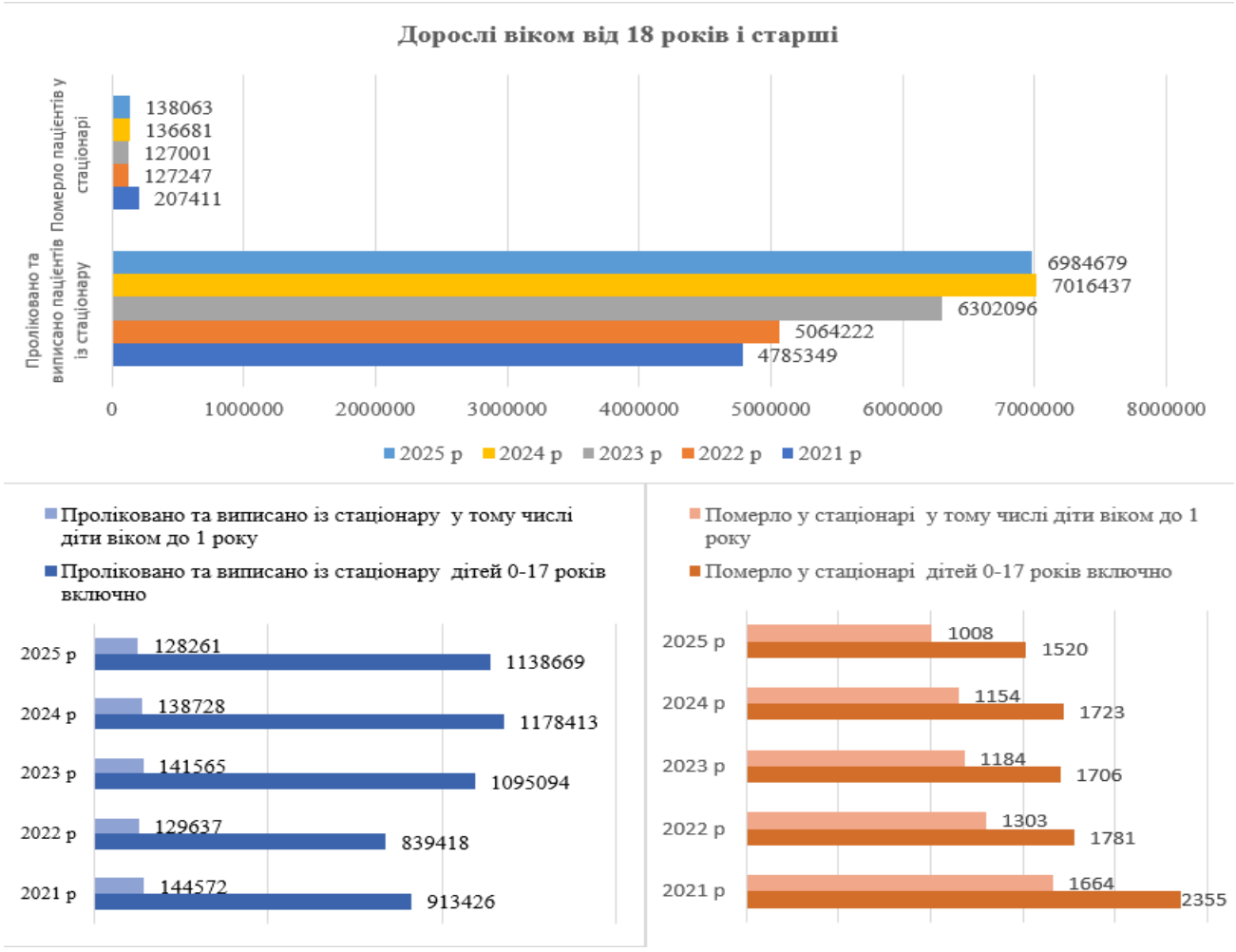


Рис. 6.4. Вікова структура пролікованих стаціонарних пацієнтів, Україна, 2021-2025 рр.

Аналіз вікової структури стаціонарних пацієнтів свідчить про поступове зменшення частки пролікованих дітей у загальному обсязі госпіталізацій. У 2025 р. діти віком від 0 до 17 років включно становили 14,0% від усіх стаціонарних пацієнтів, тоді як у 2021 р. цей показник був вищим – 16,0%. Зменшення також спостерігається в наймолодшій віковій групі: діти першого року життя у 2025 році становили 11,3% серед усіх пролікованих дітей, порівняно з 15,8% у 2021 р.

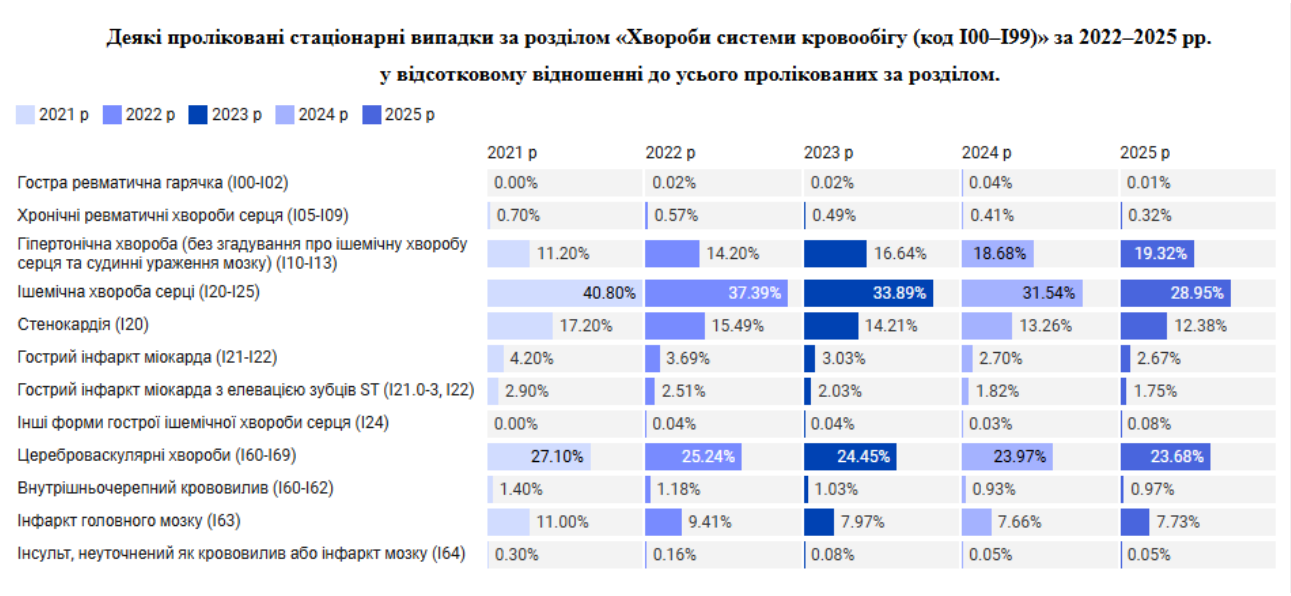
Ця динаміка може свідчити як про зниження рівня захворюваності або ускладнень у дитячого населення, так і про певне обмеження доступу до стаціонарної допомоги, зокрема в умовах війни, коли пріоритет міг надаватися тяжким або ургентним випадкам серед дорослого населення. Також не виключено, що частину легших випадків було переорієнтовано на амбулаторний рівень або перенесено внаслідок зміни місця проживання родин із дітьми

6.2. Динаміка стаціонарної захворюваності в межах розділу «Хвороби системи кровообігу (код I00–I99)».

Аналіз динаміки стаціонарної захворюваності базується на даних форми звітності № 20. Узагальнені показники охоплюють інформацію від закладів охорони здоров'я, що підпорядковуються МОЗ, а також відомчих і приватних установ.

Зокрема, аналіз показників у межах розділу «Хвороби системи кровообігу (*код I00–I99*)» (таблиця 3220 форми звітності № 20) за період 2022-2025 рр. демонструє суттєві зрушення у структурі пролікованих випадків. Найбільш помітним є зростання частки госпіталізацій з приводу гіпертонічної хвороби – з 14,2% у 2022 р. до 19,3% у 2025 р., що відповідає приросту на 73,5% (рис. 6.5). Така тенденція може бути наслідком як підвищеної виявленості, так і зростання частоти ускладнень хронічної артеріальної гіпертензії, зокрема під впливом стресових факторів, погіршеного контролю артеріального тиску та обмеженого доступу до амбулаторної допомоги в умовах воєнного стану.

Одночасно зафіксовано зниження частки випадків тяжких гострих станів, таких як гострий інфаркт міокарда (з 3,7% у 2022 р. до 2,7% у 2025 р.) та внутрішньочерепні крововиливи (з 1,2% до 0,9% відповідно). Це може свідчити про зменшення виявлення таких станів, зміну маршрутів пацієнтів (наприклад, транспортування безпосередньо до спеціалізованих центрів), а також можливу зростаючу частку смертності до госпіталізації серед осіб із гострою серцево-судинною патологією, що є характерним для умов обмеженої доступності екстреної медичної допомоги в період збройного конфлікту.



	2021 р	2022 р	2023 р	2024 р	2025 р
Гостра ревматична гарячка (I00-I02)	0.00%	0.02%	0.02%	0.04%	0.01%
Хронічні ревматичні хвороби серця (I05-I09)	0.70%	0.57%	0.49%	0.41%	0.32%
Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну хворобу серця та судинні ураження мозку) (I10-I13)	11.20%	14.20%	16.64%	18.68%	19.32%
Ішемічна хвороба серці (I20-I25)	40.80%	37.39%	33.89%	31.54%	28.95%
Стенокардія (I20)	17.20%	15.49%	14.21%	13.26%	12.38%
Гострий інфаркт міокарда (I21-I22)	4.20%	3.69%	3.03%	2.70%	2.67%
Гострий інфаркт міокарда з елевацією зубців ST (I21.0-3, I22)	2.90%	2.51%	2.03%	1.82%	1.75%
Інші форми гострої ішемічної хвороби серця (I24)	0.00%	0.04%	0.04%	0.03%	0.08%
Цереброваскулярні хвороби (I60-I69)	27.10%	25.24%	24.45%	23.97%	23.68%
Внутрішньочерепний крововилив (I60-I62)	1.40%	1.18%	1.03%	0.93%	0.97%
Інфаркт головного мозку (I63)	11.00%	9.41%	7.97%	7.66%	7.73%
Інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку (I64)	0.30%	0.16%	0.08%	0.05%	0.05%

Рис. 6.5. Деякі пролiковані стаціонарні випадки за розділом «Хвороби системи кровообігу (код I00–I99)» у відсотковому відношенні до усього пролікованих, Україна, 2022–2025 рр.

Аналіз госпітальної летальності за окремими нозологіями в межах розділу «Хвороби системи кровообігу (*код I00–I99*)» за 2022-2025 рр. свідчить про тенденцію до поступового зниження смертності в умовах стаціонарного лікування (див. рис. 6.5). Зниження даного показника відзначено при внутрішньочерепних крововиливах (з 37,5% до 33,4%), цереброваскулярних хворобах загалом (з 9,7% до 7,6%) та інфаркті головного мозку (з 15,6% до 13,9%). Ці зміни можуть бути наслідком удосконалення протоколів ургентної допомоги, розширення можливостей тромболітичної терапії та збільшення ефективності спеціалізованої медичної допомоги, навіть попри складні обставини воєнного часу.

Разом із тим, відмічається зниження із незначними коливаннями показника летальності при інсульті неуточненого типу (*I64*) із 24,5% у 2022 р. до 17,6% у 2025 р., що може вказувати на ускладненість діагностики в умовах обмежених ресурсів, втрати часу через логістичні бар'єри або брак доступу до сучасної нейровізуалізації. Також спостерігається нестабільність у динаміці летальності при інших формах ішемічної хвороби серця (*I24*), де рівень смертності

хоч і знизився з 37,5% у 2022 р. до 33,9 у 2023 р. та до 16,0% у 2025 р., все ж таки ще потребує подальшого моніторингу щодо якості та своєчасності надання допомоги таким пацієнтам.



Рис. 6.6. Госпітальна летальність за деякими нозологіями розділу «Хвороби системи кровообігу (*код I00-I99*)», Україна, 2022-2025 рр.

Госпіталізована захворюваність на гострий інфаркт міокарда (*код I21–I22*) в Україні залишається стабільно високою із незначними коливаннями в сторону підвищення протягом усіх років, які враховуються при аналізі. Загальна динаміка випадків гострого інфаркту міокарда відображена **в таблиці 6.2.**

Таб. 6.2. Кількість осіб, які виписані із стаціонару з діагнозом «Гострий інфаркт міокарда» (абсолютні дані), Україна, 2022-2025 рр.

Найменування показника	Гострий інфаркт міокарда (*I21-I22*)				у тому числі з елевацією зубців ST			
	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.
Всього виписано пацієнтів (абс. число)	37 695	40 191	39 467	38 207	25 697	26 832	26 653	25 023
Всього померло пацієнтів (абс. число)	6 148	6 577	6 292	6 105	4 784	5 295	4 892	4 698
Показник лікарняної летальності (у%)	14,02	14,06	13,75	13,78	15,07	16,48	15,51	15,81
Показник середньої тривалості лікування пацієнтів (у днях)	9,45	9,39	8,72	8,62	9,52	9,52	8,77	8,83
Госпіталізована захворюваність (показник на 100 тис. дорослого населення)	130,3	139,0	136,0	131,7	90,6	95,5	93,7	88,3

Попри воєнний стан і значне навантаження на систему охорони здоров'я, кількість пацієнтів, виписаних зі стаціонару з діагнозом «Гострий інфаркт міокарда (*I21–I22*)», зберігається на стабільному рівні (близько 37–40 тис. щороку). Це свідчить про функціональність системи екстреної медичної допомоги навіть в умовах обмеженого доступу до медичних послуг у прифронтових та тимчасово окупованих регіонах. Частка випадків з елевацією сегмента ST становила близько 65% від загальної кількості госпіталізованих, що відповідає середньосвітовим тенденціям.

За даними НСЗУ, у 2022 р. кількість пакетів медичних послуг за напрямом «Лікування гострого інфаркту міокарда» покривала приблизно 85% від потреб, однак вже у 2023-2025 рр. рівень контрактування і фінансування покращився, що могло сприяти зниженню показника лікарняної летальності – з 14,02% у 2022 р. до 13,78% у 2025 р. Це частково також може пояснюватися розширенням доступу до тромболітичної терапії та інтервенційних втручань у межах Програми медичних гарантій.

Середня тривалість лікування залишалась в межах 8,6–9,4 днів, що є типовим для надання допомоги при інфаркті в умовах стаціонару. Показник госпіталізованої захворюваності у 2023, 2024 рр. дещо зростав, а у 2025 р. спостерігалось незначне зниження (до 131,7

на 100 тис. дорослого населення), дані коливання можуть бути пов'язані з покращенням виявлення випадків, відновленням організації маршрутизації пацієнтів після стабілізації безпекової ситуації, а також із загальним старінням населення, що залишається фактором ризику серцево-судинних подій.

Загалом, попри складну безпекову ситуацію, надання медичної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда продовжувалося з відносно високим рівнем ефективності, що підтверджується поступовим зниженням летальності та стабільністю основних організаційних показників.



Рис. 6.7. Регіональна статистика госпіталізованої захворюваності дорослого населення на гострий інфаркт міокарда (показники госпіталізованої захворюваності на 100 тис. дорослого населення), Україна, 2022-2025 рр.

Аналіз показників госпіталізованої захворюваності (рис. 6.7) та лікарняної летальності (рис. 6.8) на гострий інфаркт міокарда у регіональному розрізі за 2022-2025 рр. демонструє суттєву територіальну нерівність, посилену факторами агресивної війни росії проти України та обмеженим доступом до медичної допомоги в окремих областях. Найвищі рівні летальності стабільно фіксуються в Донецькій, Запорізькій, Харківській та Чернівецькій областях, де у 2025 р. вона становила 17–24%. Водночас летальність у регіонах, де медична система працює стабільно (наприклад, Одеська, Івано-Франківська, Вінницька, Львівська, Полтавська), тримається на рівні 10–11%. Зниження летальності у регіонах (зокрема, у Рівненській, Житомирській) може свідчити про поліпшення доступу до тромболізису або інтервенційної кардіології.

Показники госпіталізації населення з гострим інфарктом (рис. 6.7) також демонструють різку диференціацію. У прифронтових та тимчасово окупованих територіях України (частин Луганської, Донецької та Херсонської областях, АР Крим) рівень госпітальної захворюваності є надзвичайно низьким або взагалі дорівнює нулю, що вказує не на відсутність хвороби, а на критичне порушення маршрутизації пацієнтів і доступу до стаціонарної допомоги. Натомість у західних і центральних регіонах (Чернівецька, Львівська, Полтавська, м. Київ) у 2025 р. зареєстровано найвищі рівні — понад 190 випадків на 100 тис. дорослого населення, що може бути наслідком як кращого виявлення випадків, так і переміщення населення з

небезпечних регіонів. Загалом ці дані свідчать про глибокий вплив війни на регіональну доступність та ефективність кардіологічної допомоги в Україні.

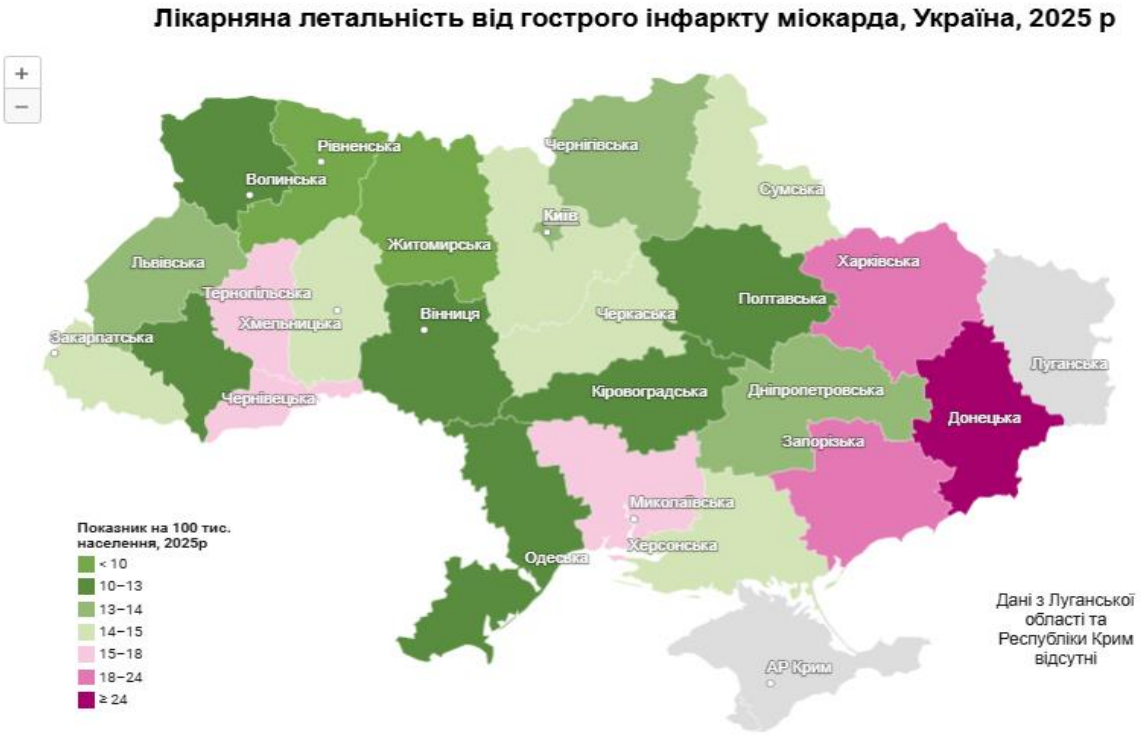


Рис. 6.8. Показник лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда у розрізі регіонів за 2022-2025 рр., Україна.

Зіставлення даних про середню тривалість стаціонарного лікування пацієнтів із гострим інфарктом міокарда за 2022–2025 рр. (рис. 6.9) з інформацією НСЗУ про надання відповідної медичної послуги в межах Програми медичних гарантій дозволяє виявити чіткий взаємозв'язок між рівнем фінансування, обсягами контрактування закладів та ефективністю організації медичної допомоги.

Так, скорочення середньої тривалості перебування у стаціонарі на загальнодержавному рівні з 9,45 днів у 2022 р. до 8,62 днів у 2025 р. частково пов'язане з переходом від моделі фінансування «ліжко-днів» до моделі оплати за пролікований випадок. НСЗУ з 2021 р. закуповує пакет «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда», у межах якого оплачуються як тромболітична терапія, так і стентування (за наявності відповідного обладнання). Такий підхід стимулює заклади до скорочення тривалості госпіталізації без втрати якості.

У регіонах, де медичні заклади активно укладали договори з НСЗУ на цей пакет (наприклад, Київ, Київська, Вінницька, Одеська, Рівненська області), спостерігається скорочення тривалості госпіталізації до 4,8–7,6 днів. Це свідчить про використання сучасних технологій лікування та швидшу стабілізацію пацієнтів. У той же час, у деяких регіонах (Чернівецька, Тернопільська, Закарпатська області) тривалість перебування пацієнтів залишається значно вищою – понад 11–13 днів.

На прифронтових та тимчасово окупованих територіях України (окремі райони Луганської, Донецької, Херсонської областей та АР Крим) спостерігається різке скорочення обсягів наданої медичної допомоги або повна відсутність контрактування з НСЗУ, що зумовлено фізичним руйнуванням чи евакуацією медичних закладів. Відповідно, статистичні дані щодо тривалості лікування у цих регіонах характеризуються нульовими або мінімальними показниками.



Рис. 6.9. Середній показник тривалості лікування гострого інфаркту міокарда у розрізі регіонів, Україна, 2023-2025 рр.

Отже, позитивна динаміка скорочення тривалості лікування в Україні загалом є наслідком реформи фінансування системи охорони здоров'я, запровадженої НСЗУ, проте регіональна нерівність у доступі до пакету лікування інфаркту зберігається і потребує адресного вирівнювання шляхом розвитку спроможної мережі закладів критичної допомоги.

Госпітальна захворюваність на інсульти включає: внутрішньочерепний крововилив (код I60–I69), інфаркт головного мозку (код I63), інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку (код I64) і залишається в Україні стабільно високою із незначним підвищення протягом років, які враховуються при аналізі. Загальна динаміка показників щодо інсульту (усіх форм) відображена в таб. 6.3.

Таблиця 6.3. Загальна динаміка показників щодо гострих порушеннях мозкового кровообігу (усіх форм), Україна, 2023-2025 рр.

Найменування нозології		Всього вибуло пацієнтів із стаціонару, абс.число	Кількість осіб, які померли у стаціонарі, абс.число	Показник лікарняної летальності, у %	Показник середньої тривалості лікування, у днях	Госпітальна захворюваність, на 100 тис. дорослого населення
Усього інсультів, крововиливів та інфарктів мозку (усі форми) (I60-I64)	2023 р	145 912	25 748	17,65	10,4	433,7
	2024 р	152 156	25 952	17,06	10,28	452,2
	2025 р	150 293	24 994	16,63	9,92	446,7
	Динаміка показника					
Внутрішньочерепний крововилив (I60-I62)	2023 р	21 258	7 726	36,34	12,99	63,2
	2024 р	20 954	7 459	35,6	12,83	62,3
	2025 р	20 857	6 991	33,52	12,45	62
	Динаміка показника					
Інфаркт головного мозку (I63)	2023 р	123 248	17 735	14,39	10,9	366,3
	2024 р	130 255	18 273	14,03	9,99	387,1
	2025 р	128 643	17 863	13,89	9,61	382,3
	Динаміка показника					
Інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку (I64)	2023 р	1 406	287	20,41	10,63	4,2
	2024 р	947	22-	23,23	11,54	2,8
	2025 р	793	140	17,65	9,99	2,4
	Динаміка показника					

Аналіз узагальнених показників стаціонарної допомоги при гострих порушеннях мозкового кровообігу (код I60–I64) за 2023–2025 рр. свідчить про поступове зростання госпіталізацій, а показники летальності коливаються від незначного зниження до підвищення. Загальна кількість випадків зросла з 145,9 тис. у 2023 р. до 150,3 тис. у 2025 р., що супроводжується підвищенням госпітальної захворюваності з 433,7 до 446,7 на 100 тис. дорослого населення. Це може бути наслідком як фактичного зростання захворюваності, так і покращення виявлення та маршрутизації пацієнтів, зокрема в умовно безпечних регіонах.

Водночас рівень лікарняної летальності демонструє поступове зниження: з 17,65% у 2023 році до 16,63% у 2025 році. Хоча зменшення є помірним, воно свідчить про стабілізацію якості допомоги попри виклики, спричинені війною.

Розподіл за нозологіями показує різну динаміку:

- *Інфаркт головного мозку (код I63)* – найпоширеніша форма інсульту (85–86% усіх випадків). Показник летальності знизився з 14,39% у 2023 р. до 13,89% у 2025 р., що можна пов'язати із ширшим впровадженням тромболітичної терапії та розвитком системи інсультних центрів/відділень, підтриманої НСЗУ (через окремий пакет «Лікування мозкового інсульту»).
- *Внутрішньочерепні крововиливи (код I60–I62)* – залишаються найтяжчою формою інсульту з летальністю понад 35%, незважаючи на невелике покращення (з 36,34% у 2023 р. до 33,52% у 2025 р.). Високі показники зумовлені пізнім зверненням та обмеженим доступом до нейрохірургічної допомоги в низці регіонів.
- *Неуточнені інсульти (код I64)* – їх частка знижується (з 1406 випадків у 2023 р. до 793 випадків у 2025 р.), що, ймовірно, свідчить про покращення діагностики. Летальність за цією категорією залишалася у 2023-2024 рр. високою та нестабільною (~20–24%), у 2025 дещо нижчою (17,65%), що пояснюється тяжкістю станів або затримкою з встановленням точного діагнозу.

Середня тривалість лікування залишається стабільною – близько 9-11 днів загалом, з більш тривалим перебуванням при крововиливах (~12), що відповідає міжнародним підходам до менеджменту пацієнтів із тяжкими ураженнями ЦНС.

Загалом динаміка свідчить про поступову стабілізацію ситуації, завдяки інтеграції стандартів допомоги, підтримці інсультних центрів через Програму медичних гарантій НСЗУ, та поступовому вирівнюванню доступу до медичної допомоги, незважаючи на воєнні виклики.

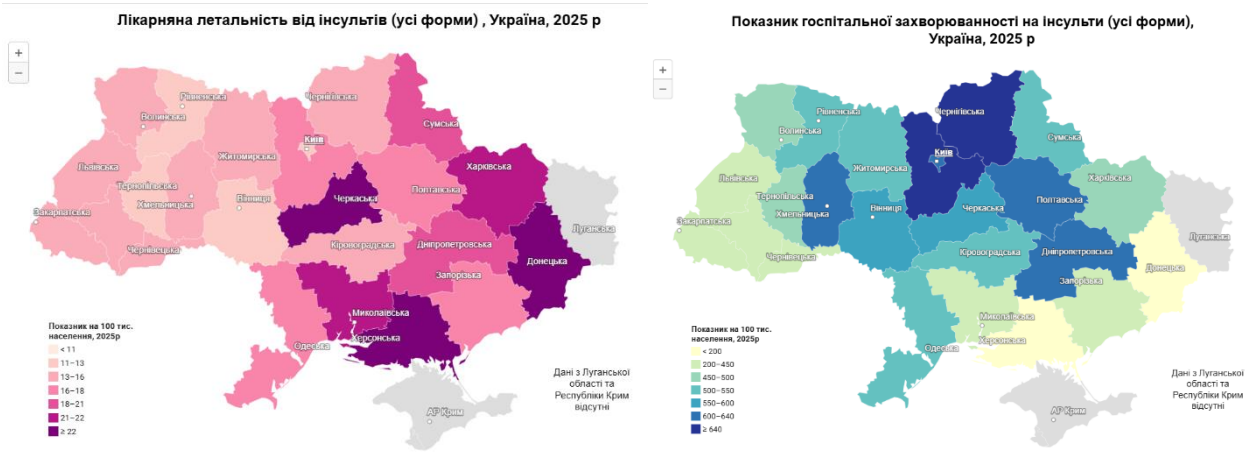


Рис. 6.10. Госпітальна захворюваність та летальність серед дорослого населення при гострому порушенні мозкового кровообігу (усі форми), Україна, 2025 р.

У 2023-2025 рр. в Україні, попри умови воєнного стану, зберігалася відносна стабільність у наданні медичної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда та гострим порушенням мозкового кровообігу, що підтверджується зниженням рівня лікарняної летальності та незначним скороченням тривалості госпіталізації; водночас зростання госпітальної захворюваності свідчить як про реальне підвищення тягаря серцево-судинних захворювань, так і про покращення діагностики та маршрутизації, зокрема в тилових регіонах.

Проте, спостерігається суттєва регіональна нерівність у доступі до сучасного лікування та реабілітації, особливо в прифронтових областях, де рівень охоплення послугами значно нижчий або взагалі відсутній; післягострий період залишається «вузьким місцем» у наданні допомоги – як після інфарктів, так і інсультів. Розширення реабілітаційної інфраструктури та рівномірне впровадження пакетів НСЗУ залишаються ключовими умовами для зниження інвалідизації та смертності внаслідок серцево-судинних хвороб.

6.3. Хірургічна активність стаціонарів.

У 2025 р. в стаціонарних закладах охорони здоров'я України було проведено понад 2,7 млн оперативних втручань, з яких майже 232 тис. (8,6%) – дітям віком від 0 до 17 років включно). Найбільше операцій виконано на шкірі та підшкірній клітковині (18,1%), кістково-м'язовій системі (14,1%), жіночих статевих органах (11,9%) та органах травлення (11,0%).



Рис. 6.11. Структура проведених оперативних втручань у закладах охорони здоров'я, Україна, 2025 р.

Аналіз структурного розподілу операцій вказує на високе навантаження на загальнохірургічний і травматологічний профілі. Це, зокрема, проявляється у високій кількості втручань на шкірі, кістково-м'язовій системі та органах зору, що може бути наслідком підвищеного рівня побутового й бойового травматизму серед цивільного населення, включаючи дітей.

Загальна післяопераційна летальність у 2025 р. склала 0,72%, а серед дитячого населення – 0,10%, що є відносно низьким показником і свідчить про збереження належної якості хірургічної допомоги дітям, підтверджує стійкість педіатричної складової системи охорони здоров'я, попри умови тривалої збройної агресії російської федерації проти України.

Найвищу летальність зафіксовано при оперативних втручаннях, пов'язаних із хворобами нервової системи (5,67%) та органах дихання (3,64%), операції на органах травлення та черевної порожнини (2,24%) та серці (2,31%). Це свідчить про критичну складність стану пацієнтів, зокрема в умовах обмеженої доступності високоспеціалізованої допомоги через евакуацію, руйнування медичної інфраструктури або дефіцит фахівців у регіонах, наближених до зони бойових дій.

Табл. 6.4. Хірургічна активність у стаціонарах ЗОЗ України у 2025 р.

Найменування операцій	Кількість операцій, проведених у стаціонарі, всього	у тому числі дітям віком 0–17 років включно	Кількість померлих оперованих хворих у стаціонарі, всього	у тому числі дітей віком 0–17 років включно	Загальна післяопераційна летальність (у %)	Післяопераційна летальність у дітей віком 0– 17 років включно (у %)
\Всього операцій з них:	**2 706 093**	**232 211**	**19 583**	**231**	**0,72**	**0,10**
на шкірі та підшкірній клітковині	490 136	54 747	1 472	13	0,30	0,02
на кістково-м'язовій системі	382 165	33 650	2 282	4	0,60	0,01
на жіночих статевих органах	323 932	1 734	67		0,02	0,00
на органах травлення та черевної порожнини	298 403	23 586	6 687	99	2,24	0,42
на органах зору	204 110	12 008	5		0,00	0,00
на органах вуха, горла, носа	194 448	55 886	96	1	0,05	0,00
інші операції	190 999	38 725	509	5	0,27	0,01
акушерські операції	126 513	957	11		0,01	0,00
на серці	115 089	2 338	2 654	36	2,31	1,54
на судинах	89 786	900	1 552	5	1,73	0,56
на нирках і сечоводах	88 032	3 127	329	3	0,37	0,10
на нервовій системі	46 681	2 019	2 645	41	5,67	2,03
при непухлинних захворюваннях прямої кишки	44 617	751	30		0,07	0,00
на молочній залозі	34 322	297	9		0,03	0,00
на органах дихання	32 033	1 215	1 167	24	3,64	1,98
на передміхуровій залозі	26 595	x	50	x	0,19	0,00
на ендокринній системі	18 232	271	18		0,10	0,00

У 2022-2025 рр. структура термінової хірургічної допомоги пацієнтам за окремими невідкладними станами залишалася відносно стабільною, з незначними коливаннями по окремих нозологіях. Найвищу частку щороку займав гострий апендицит, з показником у 2025 р. – 35,82% (у 2022 р. – 35,41%). Частота гострого холециститу у 2025 р. склала 24,62%, що свідчить про поступове зростання ургентних випадків за цим діагнозом (з 22,46% у 2022 р.). Водночас зафіксовано зниження частки операцій з приводу защемленої грижі – з 18,28% у 2022 р. до 15,66% у 2025 р.

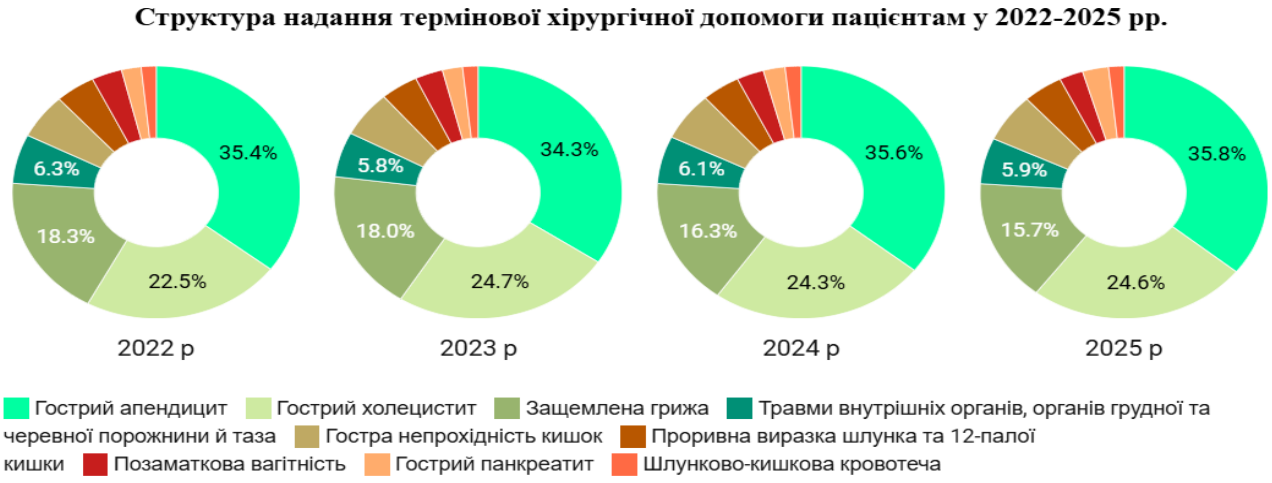


Рис. 6.12. Структура надання термінової хірургічної допомоги пацієнтам, Україна, 2022-2025 рр.

Звертає на себе увагу збільшення випадків хірургічної допомоги при гострій непрохідності кишок – з 5,78% у 2022 р. до 6,24% у 2025 р., а також поступове зростання гострого панкреатиту – з 2,21% до 2,95% відповідно. Частка травм внутрішніх органів за цей період залишалася в межах 5,76–6,30%. У цілому, структура термінових

хірургічних втручань демонструє стабільність із незначним переважанням патологій шлунково-кишкового тракту, що вимагає подальшої оптимізації профілактичної допомоги та ранньої діагностики з метою зменшення ускладнень.

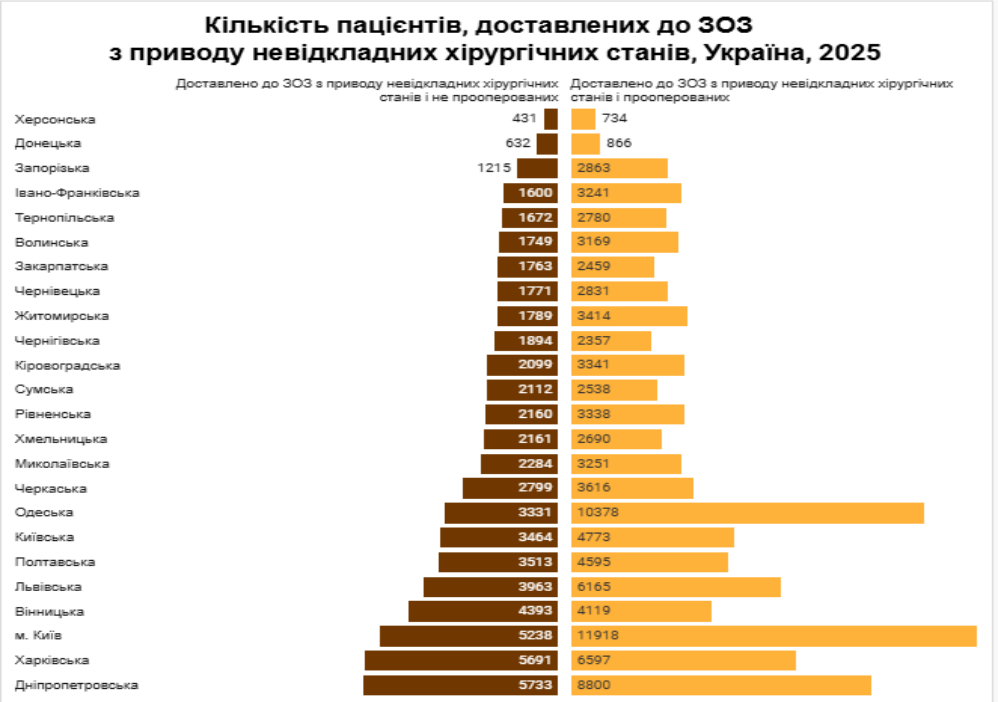


Рис.6.13. Порівняння кількості пацієнтів, які доставлено до закладів охорони здоров'я України з приводу невідкладних хірургічних станів та прооперовано і не прооперовано, 2025 р.

У 2025 р. загальна кількість пацієнтів, госпіталізованих з приводу надання термінової хірургічної допомоги, становила 164 290 осіб, з яких 100 833 (61,4%) були прооперовані, а 63 457 (38,6%) — не оперовані (див. Рис. 6.12.). Найбільшу кількість термінових хірургічних втручань проведено у м. Києві (11 918 операцій), Одеській (10 378) та Дніпропетровській (8 800) областях — регіонах із високим навантаженням на систему охорони здоров'я, включаючи військові госпіталі та великі центри екстреної допомоги.

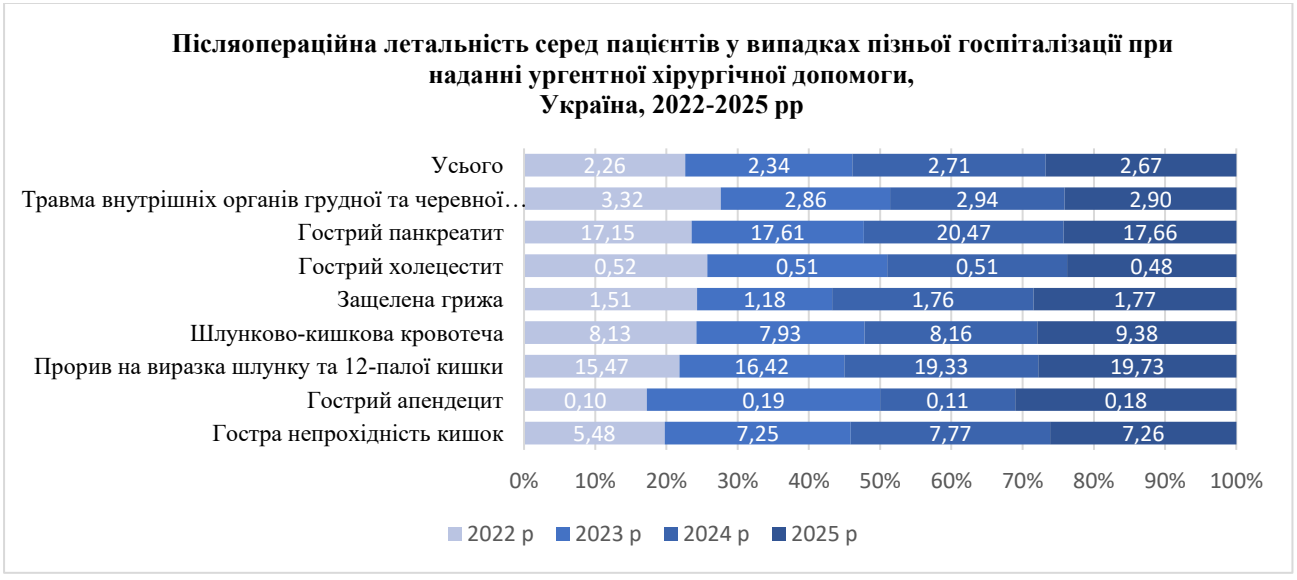


Рис. 6.14. Післяопераційна летальність серед пацієнтів у випадках пізньої госпіталізації при наданні ургентної хірургічної допомоги, Україна, 2022–2025 рр.

Загальна кількість летальних випадків серед усіх госпіталізованих з приводу надання термінової хірургічної допомоги у 2025 році склала 3 549 осіб, у тому числі 2 111 серед прооперованих (59,5%) та 1 438 серед неоперованих пацієнтів (40,5). Крім того, окремого аналізу потребує питання щодо причин відмови від операцій.

Найвищу кількість післяопераційних летальних випадків зафіксовано у м. Києві – 229 осіб, у Харківській (189 осіб), Одеській – (137), Львівській (131) областях, що може бути пов'язано з високим рівнем ургентних складних випадків та важкістю загального стану пацієнтів на момент госпіталізації. Загалом, структура смертності потребує додаткового аналізу щодо своєчасності госпіталізації, якості передопераційної стабілізації та доступності реанімаційних ресурсів.

6.4. Висновки.

У 2021-2025 рр. в Україні спостерігається загальне зростання обсягів стаціонарної медичної допомоги за більшістю нозологічних груп. Приріст кількості виписаних пацієнтів становив 42,5%, що відображає відновлення доступу до медичних послуг після пандемії COVID-19, а також адаптацію системи охорони здоров'я до умов воєнного стану. Водночас зміни у структурі госпіталізацій частково зумовлені демографічними зрушеннями, міграційними процесами та ускладненням доступу до медичної допомоги в окремих регіонах.

Динаміка за окремими класами хвороб є неоднорідною. Найбільше зростання госпіталізацій відзначається при захворюваннях нервової системи та неконкретизованих станах, що може бути пов'язано з наслідками хронічного стресу, посттравматичних розладів і ускладненої діагностики в умовах війни. Натомість зниження госпіталізацій у частині інфекційних, акушерських і перинатальних станів пов'язане із завершенням епідемічної хвилі COVID-19 та змінами маршрутизації пацієнтів.

Загальний рівень госпітальної летальності знизився на 33,5%, що свідчить про певну стабілізацію та підвищення ефективності стаціонарної допомоги. Водночас зростання смертності при новоутвореннях, хворобах сечостатевої системи та шкіри вказує на посилення тягаря хронічної патології, пізнє звернення пацієнтів та обмеження доступу до своєчасного лікування.

У структурі стаціонарної захворюваності провідними залишаються хвороби системи кровообігу та органів дихання, що підтверджує домінування хронічної неінфекційної патології. Це формує основне навантаження на систему стаціонарної допомоги та визначає пріоритетність кардіологічного і пульмонологічного напрямів.

У 2021-2025 рр. відзначається зростання кількості пролікованих як серед дорослого, так і серед дитячого населення при одночасному зниженні рівня стаціонарної смертності, що свідчить про підвищення ефективності лікування та певну адаптацію системи до кризових умов. Водночас зменшення частки дітей серед госпіталізованих може бути пов'язане як із демографічними змінами, так і з частковою переорієнтацією на амбулаторний рівень допомоги.

Серцево-судинні захворювання, зокрема інфаркт міокарда та інсульт, залишаються ключовими причинами госпіталізації та смертності. Водночас спостерігається поступове зниження летальності та скорочення тривалості лікування, що пов'язано з розвитком спеціалізованих центрів, впровадженням клінічних протоколів та дією Програми медичних гарантій. Водночас простежується значна регіональна нерівність у доступі до стаціонарної допомоги. Найгірші показники характерні для прифронтових та тимчасово окупованих територій, де доступ до лікування суттєво обмежений або відсутній. У відносно безпечних регіонах фіксуються вищі рівні виявлення захворювань та кращі результати лікування.

Хірургічна активність у 2025 р. залишається високою: виконано понад 2,7 млн операцій із низьким рівнем післяопераційної летальності (0,72%). Найбільше навантаження припадає на загальнохірургічні, травматологічні та онкологічні втручання. Найвища летальність спостерігається при нейрохірургічних і кардіохірургічних операціях, що пов'язано з тяжкістю станів пацієнтів та обмеженим доступом до високоспеціалізованої допомоги в окремих регіонах. Структура ургентної хірургічної допомоги є відносно стабільною з переважанням гострого апендициту та холециститу, водночас зростає частота ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту, що підкреслює необхідність посилення профілактики та ранньої діагностики.

Розділ 7. Травматизм в Україні.

Джерелом даних цього розділу є:

форма звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики за 20_рік» (річна), затверджена наказом МОЗ України 10.07.2007 № 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276 (далі – форма звітності № 20);

форма звітності № 31 «Звіт про медичну допомогу дітям за 20_ рік» (річна), затверджена наказом МОЗ України від 31.07.2013 № 665, зареєстрованим в Мінюсті України 16.08.2013 за № 1423/23955 (далі – форма звітності № 31);

офіційні доступні дані Національної поліції України;

доступні дані з інформаційно-аналітичних панелей (дашбордів) НСЗУ.

7.1. Травматизм внаслідок дорожньо-транспортних пригод.

За даними Державної служби статистики України, у структурі загальної смертності в Україні вагоме місце продовжують посідати зовнішні причини, серед яких значну частку становить смертність унаслідок дорожньо-транспортних пригод.

Відповідно до інформації Національної поліції України, у 2025 році в Україні (без урахування тимчасово окупованих територій) зареєстровано 25 934 дорожньо-транспортні пригоди з загиблими та/або травмованими. Це на 39,2% більше порівняно з 2022 роком та на 0,5% більше, ніж у 2024 році, що свідчить про відновлення інтенсивності дорожнього руху та поступове повернення показників травматизму до довоєнного рівня.

Аналіз динаміки за 2019–2025 роки демонструє, що після різкого зниження кількості дорожньо-транспортних пригод у 2022 році, у подальші роки спостерігається тенденція до їх зростання. Водночас рівень ДТП у 2025 році загалом відповідає показникам 2019 року, що свідчить про стабілізацію ситуації на рівні, близькому до довоєнного періоду.

Найнижчі значення показника були зафіксовані у 2022 році, що обумовлено впливом факторів воєнного стану, зокрема: суттєвим зменшенням мобільності населення, масовим виїздом громадян за межі країни, запровадженням комендантської години, обмеженням транспортного сполучення та загальним зниженням економічної активності. Сукупна дія зазначених факторів призвела до тимчасового скорочення інтенсивності дорожнього руху та, відповідно, зниження рівня дорожньо-транспортного травматизму.

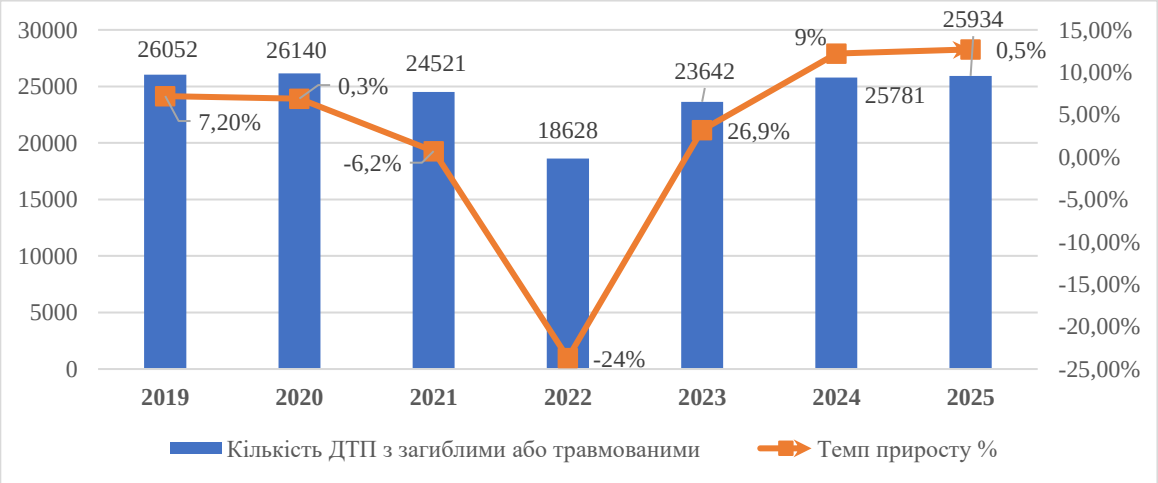


Рис. 7.1. Динаміка кількості ДТП в Україні у 2019–2025 рр.

Зменшення кількості дорожньо-транспортних пригод у 2022 році, що прямо або опосередковано пов’язане із наслідками збройної агресії російської федерації проти України, зумовило відповідне зниження показників травматизму на дорогах. Зокрема, у 2022 році кількість загиблих унаслідок ДТП зменшилася на 13,8% порівняно з попереднім роком, тоді як кількість травмованих скоротилася на 22,2%. Зазначені зміни відображають вплив

екстраординарних умов функціонування транспортної системи, включаючи обмеження мобільності населення та транспортних потоків у період воєнного стану (рис. 7.2).

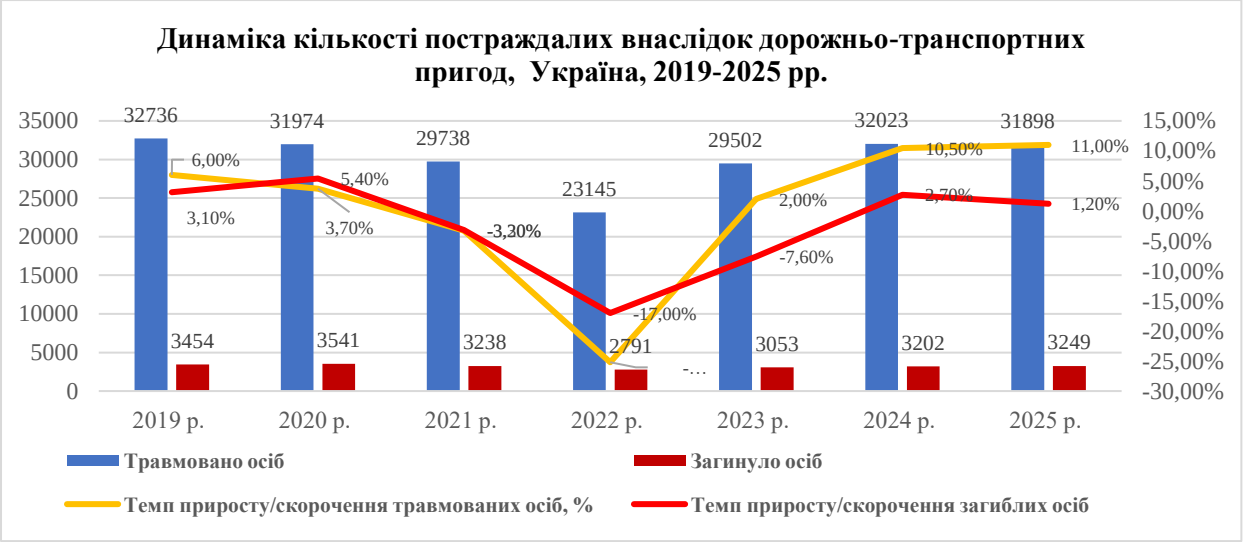


Рис.7.2. Динаміка кількості постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод в Україні за 2019-2025 рр.

У період 2020–2021 років спостерігалася тенденція до поступового зниження показників дорожньо-транспортного травматизму: кількість травмованих зменшилася з 32 736 у 2019 році до 29 738 у 2021 році, а кількість загиблих — з 3 454 до 3 238 осіб відповідно. Зазначена динаміка може бути частково пов'язана з обмеженнями мобільності населення та зниженням інтенсивності транспортних потоків у період пандемії COVID-19.

Найбільш виражене скорочення показників зафіксовано у 2022 році, коли кількість травмованих зменшилася до 23 145 осіб, а кількість загиблих — до 2 791 особи, що відповідає темпам зниження на 25,2% та 17,0% порівняно з попереднім роком. Така динаміка зумовлена різким скороченням дорожнього руху внаслідок початку повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України, запровадженням режиму воєнного стану, обмеженням пересування населення та частковим руйнуванням транспортної інфраструктури.

Починаючи з 2023 року, фіксується поступове відновлення показників дорожньо-транспортного травматизму, що відображає адаптацію соціально-економічної системи до умов воєнного стану та відновлення мобільності населення. У 2023 році кількість травмованих становила 29 502 особи, загиблих — 3 053; у 2024 році — 32 023 та 3 202 особи відповідно; у 2025 році — 31 898 травмованих та 3 249 загиблих.

У 2025 році темпи змін залишаються помірними: порівняно з 2024 роком кількість травмованих зросла на 11,0%, а кількість загиблих — на 1,2%. Загалом спостерігається наближення рівнів дорожньо-транспортного травматизму та смертності до довоєнних значень, що свідчить про відновлення базових параметрів транспортної активності населення. Водночас збереження впливу безпекових ризиків та соціально-економічних чинників формує нестабільний характер динаміки показників та потребує посилення системних заходів у сфері дорожньої безпеки.

7.2. Стаціонарна допомога при травмах.

У період 2020-2021 рр. в Україні спостерігалася тенденція до поступового зниження показників дорожньо-транспортного травматизму, що відображається у структурі стаціонарної допомоги при травмах. Кількість пацієнтів, госпіталізованих із травмами внаслідок дорожньо-транспортних пригод, зменшилася з 32736 осіб у 2019 р. до 29738 осіб у 2021 р., тоді як кількість летальних випадків знизилася з 3454 до 3238 відповідно. Зазначена динаміка має багатофакторний характер і може бути частково зумовлена обмеженнями мобільності населення та зниженням інтенсивності транспортних потоків у період пандемії COVID-19.

Найбільш виражене скорочення показників зафіксовано у 2022 р., коли кількість травмованих зменшилася до 23145 осіб, а кількість загиблих – до 2791 особи, що відповідає зниженню на 25,2% та 17,0% порівняно з 2021 р. Така динаміка обумовлена різким скороченням

дорожнього руху внаслідок запровадження правового режиму воєнного стану, зміни міграційної мобільності населення, обмежень пересування та часткового порушення функціонування транспортної інфраструктури у зв'язку з повномасштабною збройною агресією російської федерації проти України.

Починаючи з 2023 р., відмічається поступове відновлення показників, що відображає адаптацію системи охорони здоров'я та транспортної активності населення до умов тривалого воєнного стану. У 2023 р. кількість травмованих становила 29502 особи, загиблих – 3053; у 2024 р. – 32 023 та 3 202 особи відповідно; у 2025 р. – 31 898 травмованих та 3249 загиблих.

У 2025 р., порівняно з 2024 р., відмічається незначне зростання кількості травмованих (на 11,0%) та помірне збільшення кількості загиблих (на 1,2%). Загалом спостерігається наближення рівнів дорожньо-транспортного травматизму до довоєнних значень, що свідчить про відновлення базового рівня транспортної активності населення.

Водночас, у контексті стаціонарної допомоги при травмах слід враховувати, що навантаження на систему охорони здоров'я формується не лише дорожньо-транспортним травматизмом, а й загальною структурою травматичних ушкоджень, що змінюється під впливом воєнних дій. Це зумовлює збереження нестабільного характеру динаміки госпіталізацій та актуалізує потребу у подальшому посиленні спроможності системи екстреної та стаціонарної медичної допомоги.

Так, відповідно до даних таблиці 3220 «Склад хворих у стаціонарі» форми звітності № 20, кількість травмованих пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у порівнянні з 2021 р. – із 381103 випадків до 685 496 – у 2025 р., що становить приріст у 79,9 %.

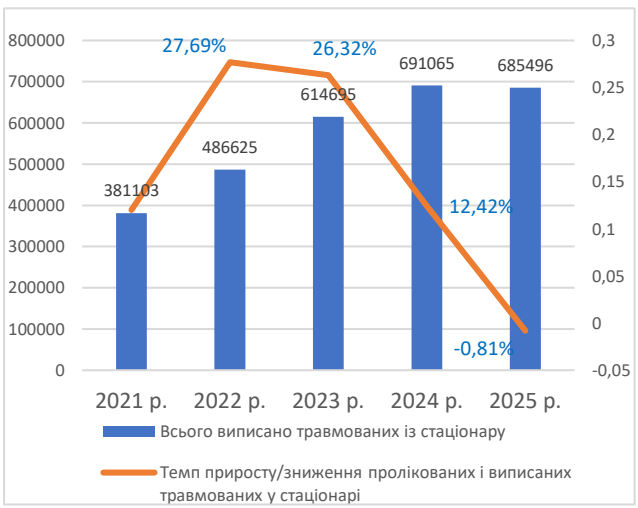




Рис. 7.3. Результати стаціонарного лікування пацієнтів з причини травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (*S00–T98*), Україна, 2021-2025 рр.

Аналіз структури локалізацій травм у стаціонарних пацієнтів за 2021-2025 рр. демонструє низку тенденцій, які тісно пов'язані з впливом повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну. Зокрема, спостерігається висока й зростаюча частка категорії «інші травми» серед виписаних пацієнтів (від 75,9% у 2021 р. до 84,8% у 2025 р.), що може свідчити про різноманітність механізмів ушкоджень унаслідок бойових дій, зокрема мінно-вибухових травм, осколкових уражень, поліструктурних поранень, які не завжди чітко класифікуються в межах МКХ, а також відображені у звітних формах за рядком «інші травми».

Частка внутрішньочерепних травм, хоча й знижується серед загальної кількості госпіталізованих пацієнтів (з 10,1% у 2021 до 7,0% у 2025), залишається стабільно високою серед причин летальних наслідків (близько 30%). Це вказує на тяжкість таких уражень, які можуть виникати внаслідок вибухових хвиль, уламкових поранень чи обвалів – характерних причин травмування в умовах війни.

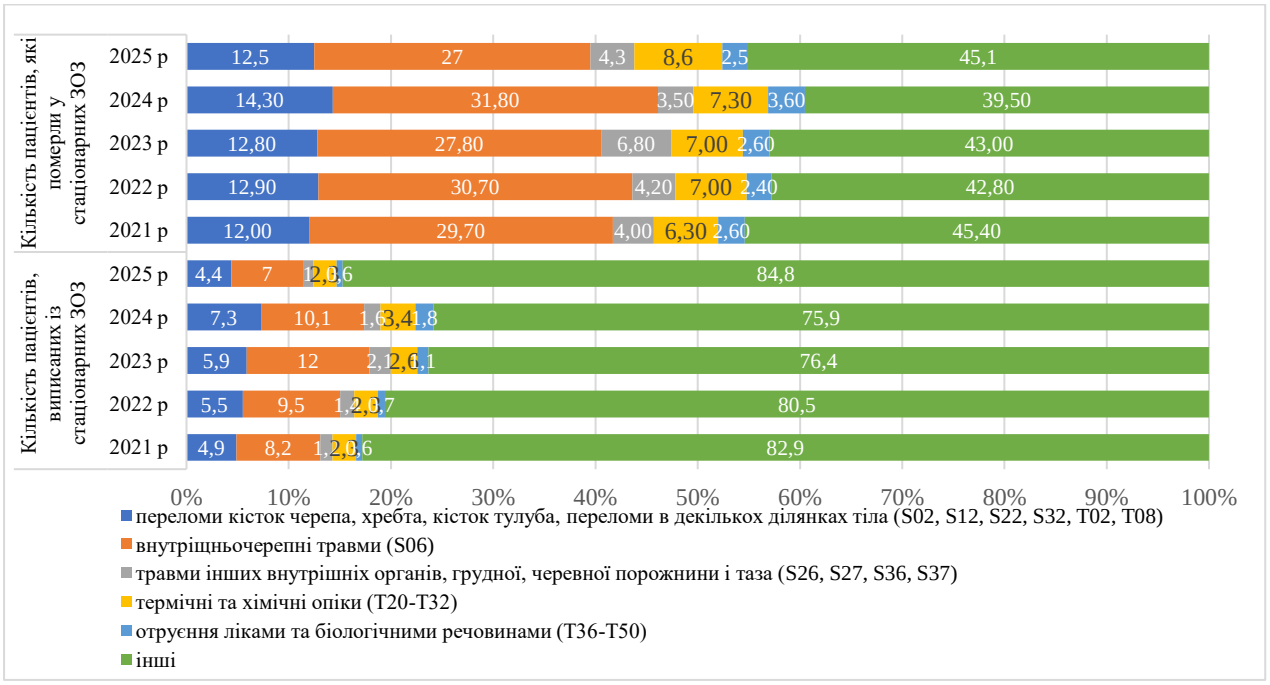


Рис. 7.4. Структура локалізацій травми у стаціонарних пацієнтів, Україна, 2021-2025 рр.

Також простежується тенденція до зменшення частки тяжких ізольованих переломів (зокрема кісток черепа, хребта та тулуба). Така динаміка може бути зумовлена як зміною структури травматизму з переважанням поліструктурних та поєднаних ушкоджень, які у статистичній звітності частіше відображаються у категорії «інші травми», так і високою летальністю при критичних ушкодженнях, унаслідок чого частина постраждалих не доживає до етапу госпіталізації або надходить до стаціонару у вкрай тяжкому стані.



Рис. 7.5. Загальна кількість пролікованих у стаціонарних закладах охорони здоров'я України травмованих у 2025 р. в розрізі регіонів.

Аналіз регіонального розподілу пролікованих у стаціонарних закладах України пацієнтів із травмами за 2025 рік свідчить про суттєву міжрегіональну диференціацію показників. Найвищі значення зафіксовано у Дніпропетровській області (83 028 випадків), м. Київ (51 496), Львівській (47 780), Харківській (42 411) та Вінницькій області (41 243). Зазначені регіони виконують функцію ключових медичних хабів та тилових центрів, які забезпечують прийом значної частки постраждалих, зокрема евакуйованих із районів бойових дій. Високі показники

також відображають наявність розвиненої мережі багатопрофільних лікарень, спеціалізованих травматологічних та хірургічних відділень, а також організованих маршрутів медичної евакуації.

Найнижчі показники госпіталізації з приводу травм спостерігаються у Луганській (84 випадки), Херсонській (3026) та Донецькій (5025) областях. Така ситуація зумовлена частковою або повною окупацією окремих територій, інтенсивністю бойових дій, порушенням функціонування медичної інфраструктури, а також обмеженнями щодо повноти збору та передачі статистичної інформації. Водночас частина пацієнтів із зазначених регіонів могла бути евакуйована до закладів охорони здоров'я інших областей, що додатково впливає на територіальний розподіл показників.

У цілому встановлено, що географічний розподіл пролікованих травмованих у 2025 році визначається поєднанням безпекових факторів, рівня функціональної спроможності регіональних систем охорони здоров'я та організації маршрутів медичної евакуації, що є характерним для функціонування системи охорони здоров'я в умовах тривалого воєнного стану.

7.3 Травматизм у дітей.

Особливої уваги потребує проблема травматизму дітей віком до 1 року, яка є критичною з огляду на повну залежність дитини від догляду дорослих та високий ризик розвитку тяжких наслідків навіть при незначних ушкодженнях. У цьому віці травматизм має специфічні клініко-епідеміологічні особливості, зумовлені етапами раннього фізичного та психомоторного розвитку, зокрема підвищеним ризиком аспірації сторонніх предметів, падінь, побутових опіків, отруєнь, а також випадків ненавмисного або навмисного насильства.

До ключових факторів ризику в сучасних умовах України належать:

1. переважно побутовий характер травмування – понад 99% летальних випадків серед дітей раннього віку пов'язані з подіями у побуті;
2. вплив воєнного стану, який опосередковано підвищує ризики через мінну небезпеку в окремих регіонах, вимушене переміщення населення, психоемоційне виснаження батьків та можливе зниження рівня нагляду за дитиною.

Аналіз даних в межах даних щодо травм у формі звітності №31 свідчить про тенденцію до зниження абсолютної кількості випадків травматизму серед дітей віком до 1 року. У 2021 р. зареєстровано 861 випадок, у 2023 р. – 669 випадків, у 2025 р. – 616 випадків. Загальне зниження за п'ятирічний період становить 28,5%. Найбільш виражене скорочення відбулося у 2022 р., що може бути пов'язано з демографічними змінами, міграційними процесами та впливом воєнного стану.

Водночас аналіз інтенсивного показника (на 1 000 дітей відповідного віку) демонструє протилежну тенденцію. У 2021 р. він становив 3,45, у 2022 р. – 3,29, після чого відзначається його поступове зростання до 4,87 у 2025 р. Сукупний приріст інтенсивного показника за період перевищує 40%, що свідчить про збільшення ризику травмування на одиницю дитячого населення.

Таким чином, попри зменшення абсолютної кількості зареєстрованих випадків, спостерігається зростання інтенсивності травматизму серед дітей віком до 1 року. Особливу увагу привертає період 2023-2025 рр., протягом якого формується стійка тенденція до підвищення інтенсивного показника, що може свідчити про погіршення параметрів безпеки та догляду за дітьми раннього віку в умовах тривалого стресового навантаження на домогосподарства.

У 2025 р. найвищі значення інтенсивного показника травматизму дітей віком до 1 року зафіксовано в Одеській, Дніпропетровській та Полтавській областях, де він перевищував середньо-український рівень майже у три рази, що вказує на суттєву регіональну диференціацію ризиків та необхідність посилення профілактичних заходів на рівні громад.

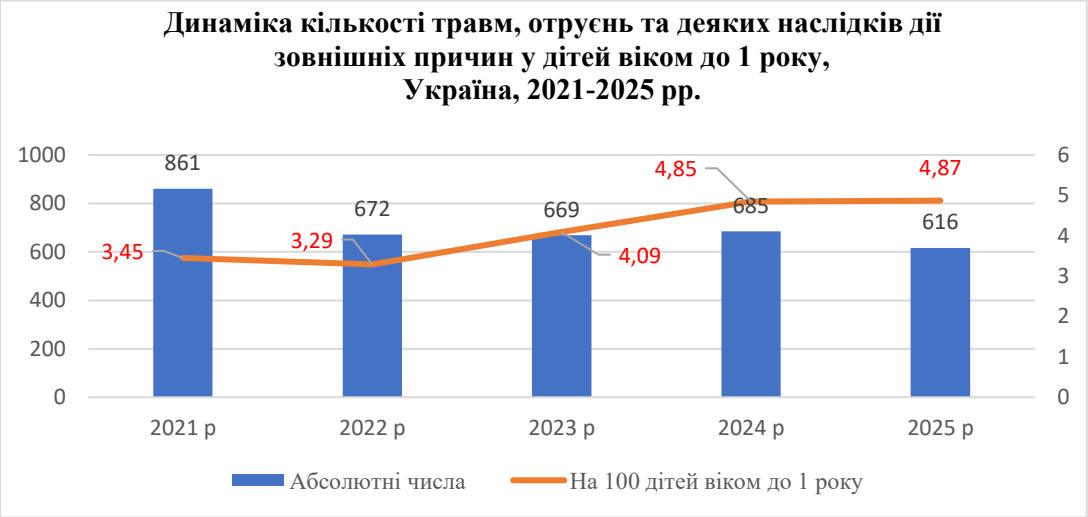


Рис. 7.6. Динаміка кількості травм, отруєнь та деяких наслідків дії зовнішніх причин у дітей віком до 1 року, Україна, 2021-2025 рр.

Загальне зниження кількості померлих дітей віком до 1 року в Україні за період 2021-2025 рр. становить 41,8% – з 67 випадків у 2021 р. до 39 у 2025 р. Найбільш виражене зменшення показника спостерігалося у 2023 р., що може бути зумовлено демографічними змінами, скороченням чисельності дітей відповідного віку, а також впливом соціально-економічних умов в умовах воєнного стану.

Водночас динаміка інтенсивного показника смертності дітей першого року життя внаслідок травм, отруєнь та інших зовнішніх причин залишається нестабільною. Його значення коливається в межах 0,24-0,32 на 1000 живонароджених і не демонструє стійкої тенденції до зниження. Після відносного зменшення у 2023 р. у 2024-2025 рр. відмічається повторне зростання показника, що свідчить про збереження ризиків смертності від зовнішніх причин у дітей раннього віку та відсутність сталого позитивного тренду.

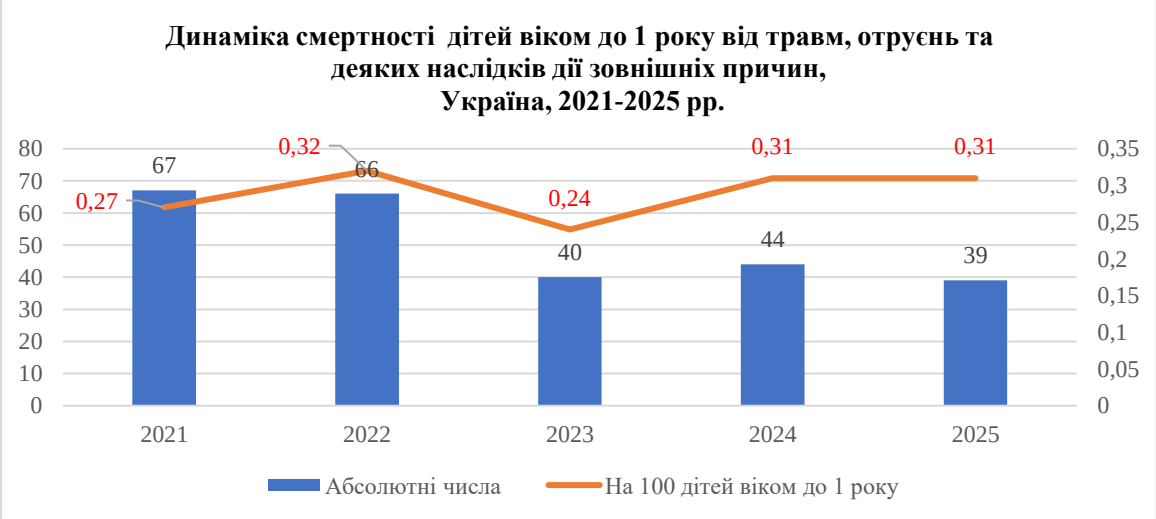


Рис. 7.7. Динаміка смертності дітей віком до 1 року від травм, отруєнь та деяких наслідків дії зовнішніх причин, Україна, 2021-2025 рр.

У структурі загальної захворюваності дитячий травматизм серед дітей віком до 1 року становить 0,31%. Водночас у структурі смертності частка випадків, зумовлених травмами, отруєннями та іншими зовнішніми причинами, досягає 16%, що свідчить про непропорційно високий ризик летальних наслідків при відносно низькій частоті реєстрації травматичних ушкоджень у цій віковій групі. Така диспропорція відображає високу вразливість дітей першого року життя до тяжких та потенційно смертельних наслідків зовнішніх впливів.

7.4. Висновки.

Комплексний аналіз показників травматизму в Україні за 2021-2025 рр. засвідчує визначальний вплив екзогенних детермінант – пандемії COVID-19 та повномасштабної збройної агресії російської федерації – на рівні, структуру та просторовий розподіл травматичних ушкоджень і їх наслідків.

У 2022 р. зафіксовано істотне зниження показників дорожньо-транспортного травматизму, зумовлене зменшенням інтенсивності транспортних потоків, обмеженням мобільності населення та порушенням функціонування транспортної інфраструктури в умовах воєнного стану. У 2023-2025 рр. спостерігається поступова нормалізація показників із наближенням до довоєнних рівнів, що відображає відновлення транспортної активності та відповідного рівня епідеміологічного ризику.

Система стаціонарної медичної допомоги при травмах характеризується зростанням навантаження та структурною трансформацією травматизму у бік збільшення частки тяжких, поліструктурних та комбінованих ушкоджень. Підвищення питомої ваги категорії «інші травми» та зростання летальності окремих нозологічних груп відображають ускладнення нозологічної структури травматизму внаслідок бойових уражень.

Просторовий розподіл постраждалих має виражену асиметрію та детермінується функціональною спроможністю системи охорони здоров’я: максимальні показники реєструються у регіонах із розвиненою госпітальною мережею та статусом медичних хабів, тоді як у регіонах активних бойових дій спостерігається суттєве недооблікування випадків, зумовлене обмеженим доступом до медичної допомоги та порушенням системи статистичного спостереження.

Окремо встановлено несприятливі тенденції щодо травматизму дітей віком до 1 року: при зменшенні абсолютної кількості випадків відзначається зростання інтенсивних показників, що свідчить про підвищення популяційного ризику та недостатню ефективність профілактичних заходів. Диспропорція між низькою питомою вагою травм у структурі захворюваності та значною часткою у структурі летальності підтверджує високу медико-соціальну значущість даної проблеми.

Узагальнені результати свідчать про необхідність удосконалення системи епіднагляду за травматизмом, оптимізації маршрутизації постраждалих та підвищення функціональної спроможності екстреної і стаціонарної медичної допомоги з урахуванням зростання частки тяжких травм.

Розділ 8. Аналіз особливостей і структури захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні за 2025 р.

8.1 Стан захворюваності на злоякісні новоутворення.

За даними ВООЗ, рак є основною причиною смерті в усьому світі, на частку якої припадає майже 10 мільйонів смертей щорічно, або майже кожна шоста смерть.

Раковий тягар продовжує зростати в усьому світі, створюючи величезне фізичне, емоційне та фінансове навантаження на окремих осіб, сім'ї, громади та систему охорони здоров'я. Для вирішення цього зростаючого навантаження та досягнення мети 3.4 Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй до 2030 р., певна діяльність системи охорони здоров'я була спрямована на забезпечення комплексного контролю раку.

Аналізуючи стан онкологічної допомоги та результатів надання онкологічної допомоги в Україні, слід зауважити, що у зв'язку з безперервними воєнними діями та тимчасовою окупацією певних територій країни протягом останніх років досить складно оцінити ситуацію у ряді регіонів (рис. 8.1).

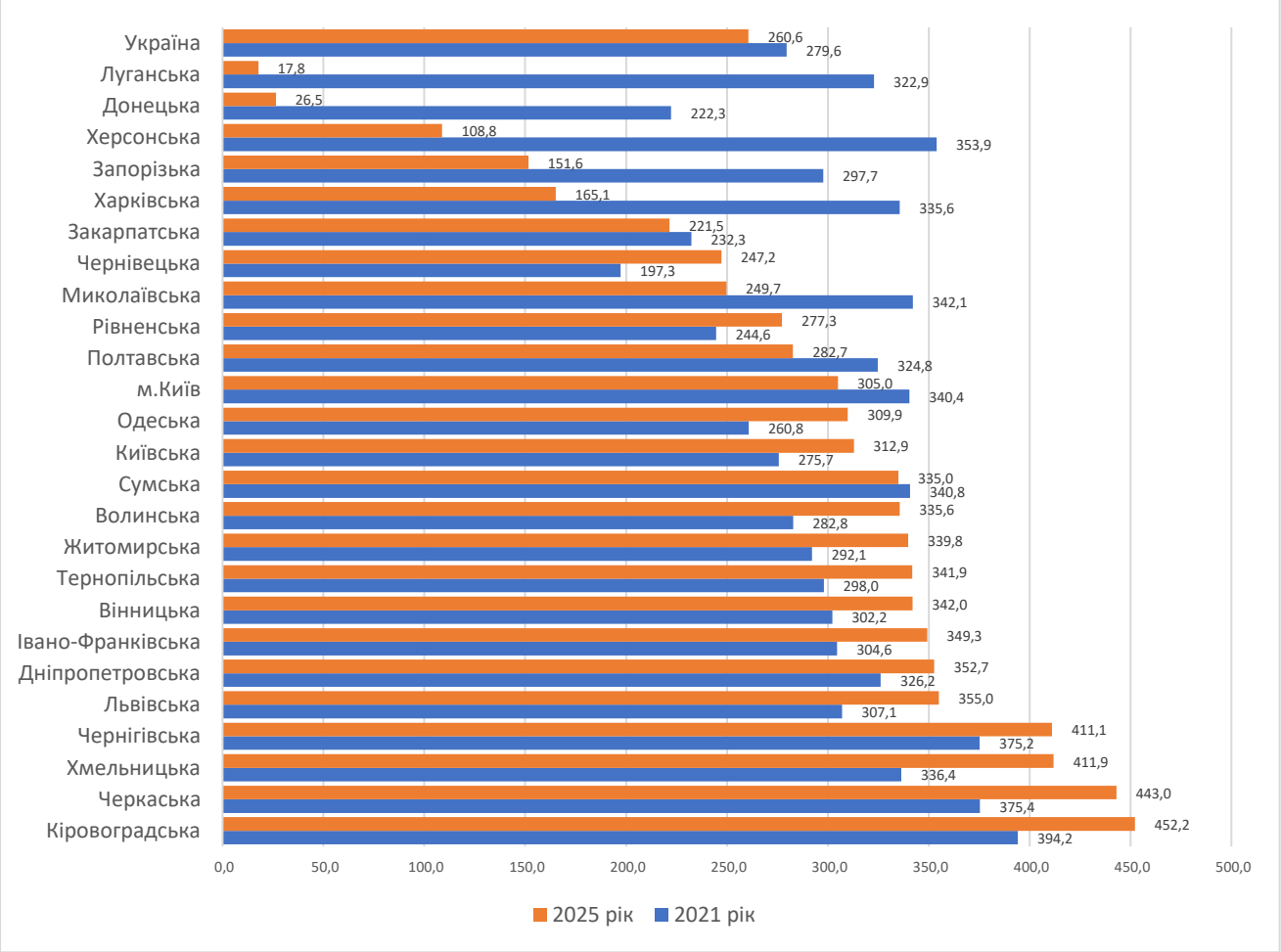


Рисунок 8.1. Порівняння захворюваності на злоякісні новоутворення серед населення України в розрізі регіонів, 2021-2025рр. (на 100 тис. населення)

Кіровоградська область займає незмінні лідерські позиції (452,2 на 100 тис. населення у 2025 р.). Однією з причин цього факту є розташування цієї області в зоні Українського кристалічного щита, що відрізняється підвищеним радіаційним фоном. Поклади уранової руди на Кіровоградщині є найбільшими в Європі, через це концентрація радіонуклідів у підземних водах Кіровоградської області майже в 10 разів вища, ніж на Закарпатті. Радіаційний фон в 7

раз вищий ніж, наприклад, на Буковині. Це є однією з причин, чому даний регіон постійно займає лідируючі позиції за показниками онкологічної захворюваності.

Одеська, Рівненська, Чернівецька області мають показники по захворюваності, що є середніми по країні, тоді як показники Запорізької, Харківської, Херсонської, Донецької, Луганської не є повними через окупацію частини цих областей. Найкраща ситуація спостерігається в Чернівецькій області (221,5 на 100 тис. населення), що частково пояснюється рекреаційними ресурсами регіону та відсутністю шкідливих підприємств.

Загальна нозологічна структура захворюваності на злоякісні новоутворення серед чоловічого та жіночого населення України має досить сталий склад за останні роки - чоловіки частіше хворіють на злоякісні новоутворення передміхурової залози (16,6 %), колоректальний рак (13,3 %), злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів (12,6 %), злоякісні новоутворення шкіри (окрім меланоми) та саркому Капоши шкіри (11,7%) (рис.8.2).



Рис. 8.2. Структура захворюваності чоловічого населення України у 2025 р.

Жінки найчастіше хворіють на рак молочної залози (21,3 %), злоякісні новоутворення шкіри (окрім меланоми) та саркому Капоши шкіри (14,6%), тіла матки (10,3 %), злоякісні новоутворення ободової кишки (6,4%) та шийки матки (4,9 %) - ці локалізації протягом тривалого часу займають значну питому вагу у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення (рис. 8.3).

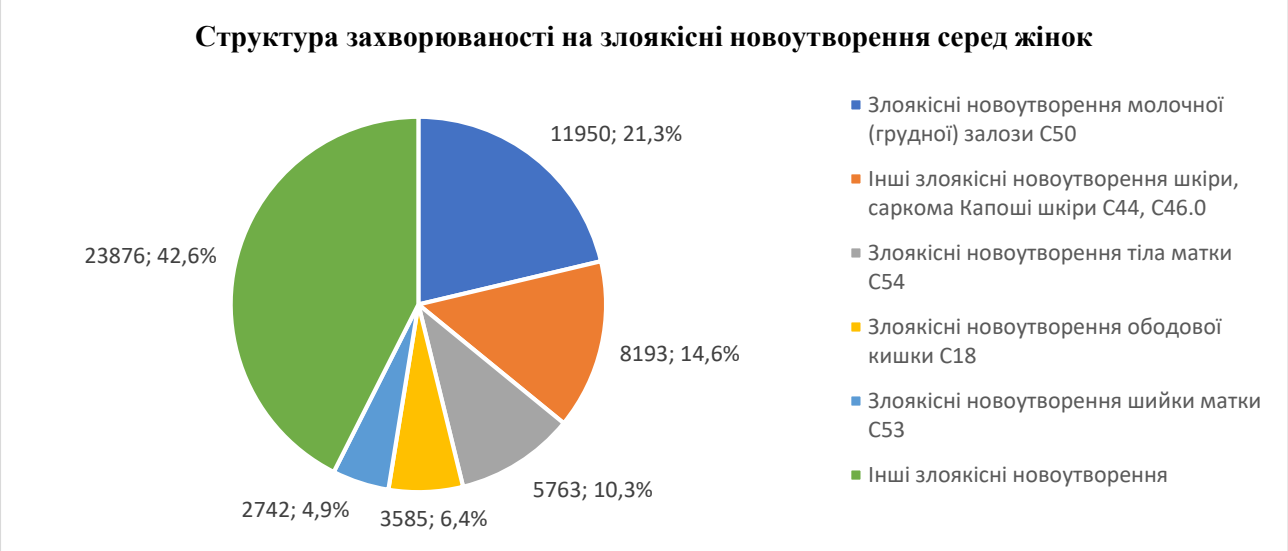


Рис. 8.3. Структура захворюваності жіночого населення України у 2025 р.

Основними факторами, які підтримують високий рівень захворюваності онкогінекологічною патологією, є: неблагополучний вплив навколишнього середовища, зміна характеру сексуального і репродуктивного життя сучасних жінок, соціально-економічні зміни, спадкова схильність тощо.

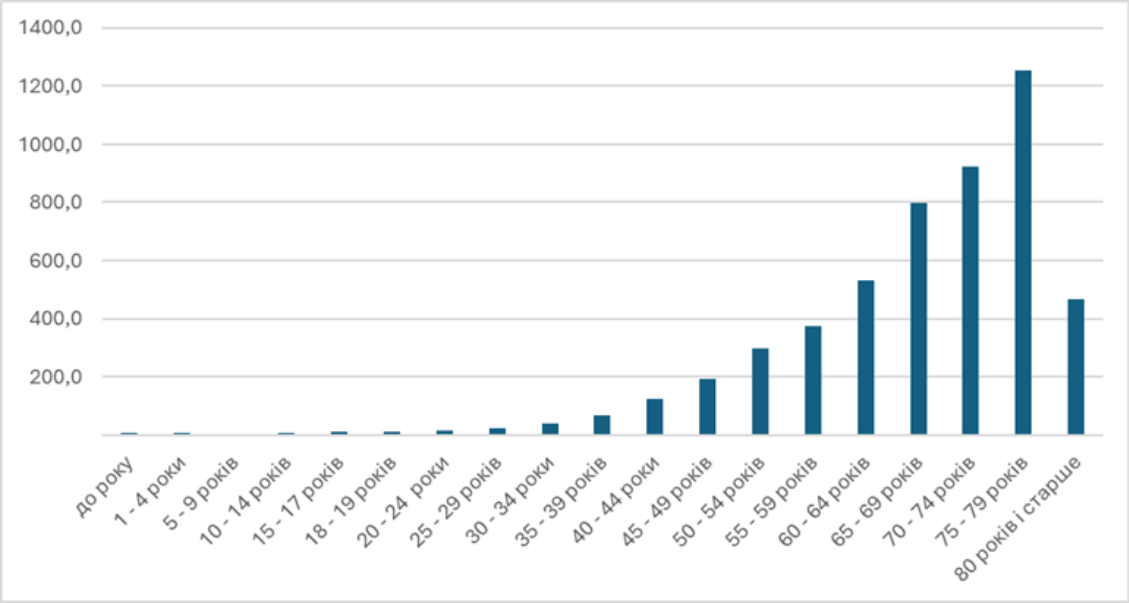


Рис. 8.4. Рівні захворюваності на злоякісні новоутворення залежно від віку у 2025р.

Переважно, ризик виникнення онкологічного захворювання зростає з віком, демонструючи найвищі рівні захворюваності у віковій групі 75-79 років (рис. 8.4), що обумовлює необхідність інтенсивного застосування скринінгових та профілактичних програм у відповідних вікових категоріях.

Дитяче населення у віці 0-17 років включно значно менше вражається онкологічною патологією. Так, у 2025 році в Україні було зареєстровано 441 випадок онкологічних захворювань у дітей від 0 до 17 років включно, що складало 6,0 на 100 тис. дитячого населення. Найвищі показники захворюваності на злоякісні новоутворення серед контингентів дитячого віку спостерігалися у Чернівецькій (12,7 на 100 тис. осіб відповідної категорії), Волинській (12,4), Вінницькій (10,6), Львівській (10,5) та Кіровоградській (9,5) областях. Нижче за середньодержавний показник захворюваністі на онкологічні захворювання серед дитячого населення відмічалась у м. Києві (2,1 на 100 тис. осіб відповідної категорії) та Київській області (4,0), Хмельницькій (4,4) Полтавській (4,9) та Івано-Франківській (5,2) областях.

У структурі злоякісних новоутворень серед дітей віком 0-17 років включно перше місце зайняв лімфоїдні лейкоз – 24,5 %, друге місце - злоякісні новоутворення головного мозку – 12,9 %, третє місце - хвороба Ходжкіна (лімфогранулематоз) – 10,2%, четверте місце - злоякісні новоутворення щитоподібної залози – 7,5 %, п’яте місце зайняв гострий мієлолейкоз – 3,4 %.

8.2 Рання діагностика

Своєчасне виявлення онкологічних захворювань має важливе значення, адже саме рання діагностика значно підвищує шанси на успішне лікування, зменшення його складності та вартості й покращує прогноз щодо тривалості збереження життя та його якості.

Дані 2025 р. демонструють, що більшість пацієнтів звернулись по медичну допомогу з I–II стадіями злоякісного новоутворення – 48,3 % випадків.

Найкращі показники раннього виявлення злоякісних новоутворень (тобто, питома вага хворих з вперше встановленим діагнозом, які мали I-II стадію захворювання згідно класифікації TNM) у 2025 році були в Сумській (55,4%), Хмельницький (55,0%) та Київській (52,3%) областях.

Найнижча питома вага злоякісних новоутворень, виявлених на ранніх стадіях реєструвалася у Харківській (38,9%), Закарпатській (39,4%), Миколаївській (40,1%) областях (таб. 1).

Пацієнти з III стадією звернулись 17,3 % від усіх вперше виявлених пухлин; найбільше таких випадків було виявлено у Донецькій, Чернівецькій, Закарпатській, Хмельницькій та Дніпропетровській областях.

Частка виявлення злоякісних новоутворень в IV стадії становила 19,9 %, найбільше таких випадків було виявлено у Херсонській, Чернівецькій, Закарпатській, Тернопільській та Чернігівській областях.

Таблиця 8.1. Розподіл хворих, взятих на облік у звітному 2025 р. із вперше виявленим злоякісним новоутворенням, за стадією захворювання

Адміністративні території	взято на облік у звітному році хворих з вперше в житті встановленим діагнозом	з кількості хворих з вперше встановленим діагнозом (гр.1) мали стадію захворювання згідно TNM			питома вага виявлених у I-II стадії	питома вага взятих на облік у звітному році у невизначеної стадії
		(I-II)	(III)	(IV)		
Харківська	3 873	1 508	631	903	38,9%	21,5%
Закарпатська	2 467	973	534	632	39,4%	13,3%
Миколаївська	2 523	1 012	389	505	40,1%	24,5%
Чернівецька	2 019	813	438	563	40,3%	10,2%
Херсонська	958	408	160	278	42,6%	11,7%
Тернопільська	3 141	1 363	663	792	43,4%	10,3%
Рівненська	2 915	1 269	580	418	43,5%	22,2%
Черкаська	4 382	1 920	614	1 048	43,8%	18,3%
Одеська	6 543	3 041	936	1 270	46,5%	19,8%
Запорізька	2 250	1 052	367	450	46,8%	16,9%
Чернігівська	3 456	1 621	567	839	46,9%	12,4%
Луганська	105	50	19	8	47,6%	26,7%
Львівська	7 974	3 844	1 425	1 457	48,2%	15,7%
Полтавська	3 497	1 688	664	840	48,3%	8,7%
Івано-Франківська	4 353	2 134	711	1 048	49,0%	10,6%
м.Київ	7 967	3 995	1 128	1 030	50,1%	22,8%
Волинська	3 095	1 556	449	748	50,3%	11,1%
Дніпропетровська	9 885	5 025	2 089	1 703	50,8%	10,8%
Донецька	489	249	117	99	50,9%	4,9%
Житомирська	3 645	1 894	598	734	52,0%	11,5%
Кіровоградська	3 422	1 781	528	814	52,0%	8,7%
Вінницька	4 302	2 248	750	987	52,3%	7,4%
Київська	5 107	2 671	856	980	52,3%	11,7%
Хмельницька	4 622	2 541	980	537	55,0%	12,2%
Сумська	3 162	1 751	485	475	55,4%	14,3%
Україна	**96 152**	**46 407**	**16 678**	**19 158**	48,3%	14,5%

При аналізі даних офіційної статистичної онкологічної звітності виявляються доволі широкі коливання такого показника, як питома вага хворих, взятих на облік у звітному році у невизначеній стадії онкозахворювання – від 7,4% у Вінницькій області до 24,5% у Миколаївській області (дані Донецької та Луганської областей не зазначено через значний вплив міграційних процесів). При цьому відстежується деяка тенденція підвищення цього показника у областях, які мають найгірші рівні раннього виявлення онкозахворювань, а також у м. Києві. Така ситуація вимагає уваги, адже демонструє складнощі у діагностиці онкозахворювань ймовірно занедбаних стадій, що може спричинити утруднення доступу пацієнтів до лікування та паліативної допомоги.

Аналізуючи стан своєчасності діагностики та виявлення в розрізі локалізацій злоякісних пухлин, найвищий рівень виявлення у занедбаному стані (тобто, III – IV стадія за класифікацією TNM) притаманний онкопатології глотки (83,5% захворювань цієї локалізації було виявлено в III – IV стадії). В певній мірі це може бути пов'язано з рідкістю таких локалізацій – 1,8% від загального числа вперше виявлених злоякісних новоутворень протягом 2025 р.

Друге місце щодо частоти виявлення в занедбаній стадії посідає локалізація злоякісних пухлин у трахеї, бронхах та легенях (74,4 % вперше виявлених онкозахворювань цієї локалізації були виявлені в занедбаному стані). Це є тривожним показником, враховуючи, що онкопатологія нижніх дихальних шляхів входить в п'ятірку найбільш частої захворюваності в розрізі локалізацій злоякісних новоутворень.

На третьому місці щодо частоти виявлення злоякісних новоутворень в занедбаних стадіях – рак шлунку, 64,5% вперше виявлених захворювань цієї локалізації виявляється в пізніх стадіях.

8.3 Лікування та медичне спостереження

Втім, незважаючи на складнощі, зумовлені воєнною агресією росії, показник дорічної летальності внаслідок злоякісних новоутворень всіх локалізацій має тенденцію до зниження протягом останніх років: з 24,2% у 2020 р. до 19,9% у 2025 р. (рис. 8.5), що свідчить про покращення ефективності та загальної організації медичної допомоги при злоякісних новоутвореннях.

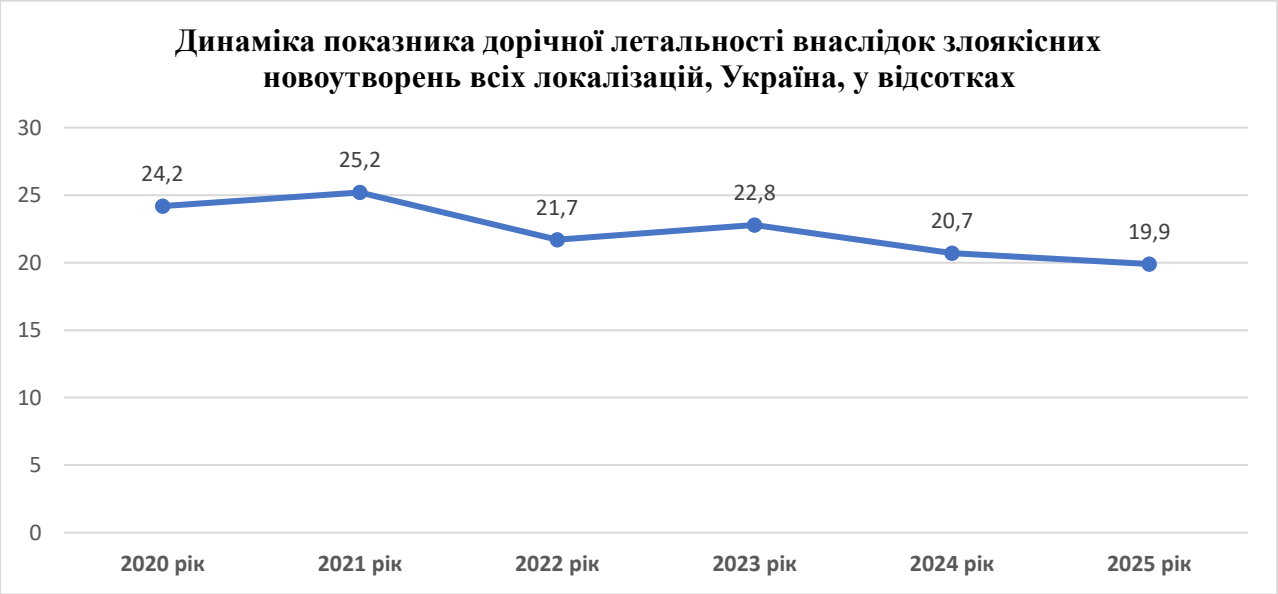


Рис. 8.5. Динаміка показника дорічної летальності внаслідок злоякісних новоутворень всіх локалізацій (у %)

При аналізі дорічної летальності в розрізі локалізацій, найвищий її рівень (55,2 %) притаманний раку стравоходу. Друге місце посідає локалізація злоякісних пухлин трахеї, бронхів та легень – 48,6 %, що певним чином корелює із високим рівнем виявлення пухлин цієї локалізації у занедбаній стадії, а у поєднанні з високим рівнем захворюваності – пріоритезує проблему профілактики та боротьби з цим захворюванням.

Третє місце серед найвищої дорічної летальності посідає рак шлунку (43,2 %), що також є тривожною тенденцією, враховуючи високу частоту його виявлення у занедбаній стадії та певну питому вагу в структурі захворюваності.

Показник 5 річного виживання при захворюванні на злоякісні новоутворення всіх локалізацій має позитивну тенденцію протягом останніх років (рис. 8.6)

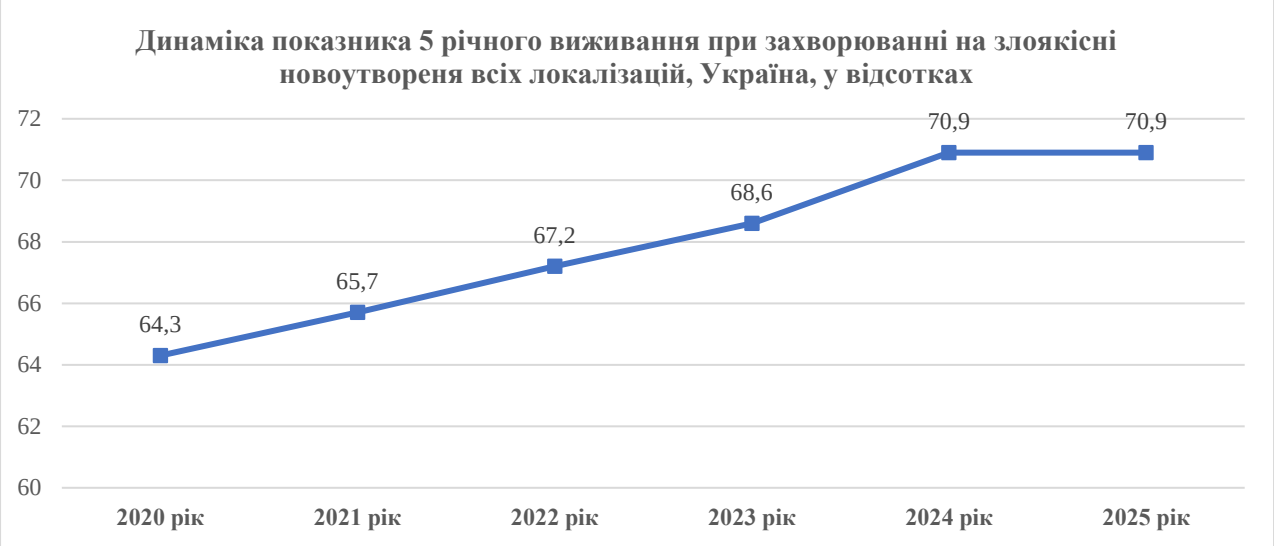


Рис. 8.6 Динаміка показника 5 річного виживання при захворюванні на злоякісні новоутвореня всіх локалізацій за 2020-2025 рр. (у %)

Втім, варто звернути увагу, що показники 5 річного виживання мають значно нижчі значення для дитячого контингенту: 5 річне виживання серед дітей у віці до 14 років з приводу злоякісних захворювань всіх локалізацій становить 61,0%, проте у віці 15-17 років показник підвищується до 71,8%. Найбільш тривожні показники 5 річного виживання дитячих контингентів реєструються при злоякісних новоутвореннях щитовидної залози: 14,3% та при злоякісних лімфомах у дітей до 14 років - 41,1 %.

Питома вага хворих, яким протягом року було встановлено діагноз злоякісного новоутворення й які у звітному році отримали спеціальне лікування, становить у 2025 р. 70,9%.

Слід зауважити, що в ряді областей своєчасність початку спеціального лікування є значно нижчою: у Дніпропетровській області вона складає 62,6%, у Херсонській – 66,3%, у Миколаївській – 67,1%.

8.4. Висновки

1. Загальна тенденція захворюваності на злоякісні новоутворення має тенденцію до зниження (з 279,6 на 100 тис. населення у 2021 р. до 260,6 у 2025 р.)

2. Найвищий рівень захворюваності на злоякісні новоутворення спостерігається у Кіровоградській області (452,2 на 100 тис. населення), найнижчий - у Закарпатській області (221,5 на 100 тис. населення).

3. Рівні захворюваності на злоякісні новоутворення зростають з віком, досягаючи максимуму у віковій групі 75-79 років з деяким зниженням у віці старші 80 років.

4. Найкращі показники раннього виявлення злоякісних новоутворень за даними 2025 р. були в Сумській (55,4%), Хмельницький (55,0%) та Київській (52,3%) областях

5. Найнижча питома вага злоякісних новоутворень, виявлених на ранніх стадіях реєструвалася у Харківській (38,9%), Закарпатській (39,4%), Миколаївській (40,1%) областях. Звертає увагу, що у Харківській, Миколаївській та Рівненській областях низький рівень своєчасності виявлення злоякісних новоутворень поєднується з високими рівнями питомої ваги хворих, взятих на облік у невизначеній стадії онкопатології, що може бути проявом складнощів діагностики.

6. Показник дорічної летальності внаслідок злоякісних новоутворень всіх локалізацій має тенденцію до зниження протягом останніх років: з 24,2% у 2020р до 19,9% у 2025 р., що свідчить про покращення ефективності та загальної організації медичної допомоги при злоякісних новоутвореннях.

Розділ 9. Стан забруднення атмосферного повітря та результати оцінки впливу на здоров'я населення.

9.1. Загальна характеристика стану забруднення атмосферного повітря.

Атмосферне повітря є одним із ключових компонентів довкілля, що визначає санітарно-епідемічне благополуччя населення та безпосередньо впливає на показники захворюваності, смертності та очікуваної тривалості життя. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, забезпечення безпечних для здоров'я умов життєдіяльності, зокрема належної якості атмосферного повітря, належить до пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я.

В Україні проблема забруднення атмосферного повітря має системний характер і зумовлена історично сформованою індустріальною моделлю розвитку, значним рівнем антропогенного навантаження, а також сучасними соціально-економічними та безпековими викликами. Основними джерелами забруднення є транспорт, енергетика, підприємства важкої промисловості, агропромисловий сектор, а також наслідки бойових дій.

Домінуючим джерелом забруднення атмосферного повітря у великих містах залишається автотранспорт. Викиди двигунів внутрішнього згоряння, зокрема оксиди азоту, дрібнодисперсні тверді частинки та продукти неповного згоряння палива, формують хронічне інгаляційне навантаження на населення. У промислових регіонах значну роль відіграють підприємства металургійної, хімічної, коксохімічної промисловості та теплоенергетики, які є джерелами викидів пилу, оксидів сірки, азоту та інших токсичних сполук.

Суттєвими чинниками погіршення якості атмосферного повітря є зношеність виробничих потужностей, недотримання режимів експлуатації пилогазоочисного обладнання, недостатній рівень модернізації інфраструктури, а також локальні джерела забруднення, включаючи індивідуальне опалення, спалювання відходів та низьку енергоефективність будівель.

В умовах збройної агресії російської федерації проти України, додаткового значення набувають фактори, пов'язані з руйнуванням промислових об'єктів, пожежами, вибухами та застосуванням військової техніки, що призводить до масштабних неконтрольованих викидів забруднюючих речовин та формує додаткові ризики для здоров'я населення.

З позиції громадського здоров'я забруднення атмосферного повітря має мультифакторний вплив на організм людини та асоціюється з розвитком респіраторних, серцево-судинних, онкологічних, метаболічних і неврологічних захворювань.

9.2. Суб'єкти моніторингу атмосферного повітря.

Система моніторингу атмосферного повітря в Україні є складовою державної системи моніторингу довкілля та функціонує на міжвідомчій основі відповідно до вимог Постанови Кабінету Міністрів України № 827 від 14.08.2019 «Деякі питання здійснення державного моніторингу в галузі охорони атмосферного повітря», яка визначає правові та організаційні засади здійснення спостережень, збору, обробки та аналізу інформації про якість атмосферного повітря.

Формування інформаційної бази щодо стану атмосферного повітря забезпечується сукупністю суб'єктів моніторингу, які відрізняються за функціональною спрямованістю, методологією спостережень та рівнем деталізації даних, однак у сукупності забезпечують отримання репрезентативної інформації для оцінки впливу факторів довкілля на здоров'я населення.

Ключову роль у здійсненні довгострокових системних спостережень відіграють установи гідрометеорологічної служби, зокрема Центральна геофізична обсерваторія імені Бориса Срезневського (ЦГО), що належить до сфери управління Державна служба України з надзвичайних ситуацій. Зазначена установа забезпечує регулярні вимірювання концентрацій основних забруднюючих речовин у атмосферному повітрі на стаціонарних постах спостереження, формування довгострокових часових рядів та аналіз динаміки забруднення у розрізі територій. Отримані дані є базовими для аналізу тенденцій та використовуються як одне із ключових джерел оцінки впливу на здоров'я населення.

Важливим компонентом системи моніторингу є установи системи громадського здоров'я, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, зокрема обласні та Київський міський центри контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України. Їх діяльність спрямована на оцінку якості атмосферного повітря з позицій впливу на здоров'я населення та включає проведення лабораторних досліджень, визначення концентрацій пріоритетних забруднюючих речовин, а також участь у розрахунках показників ризику для здоров'я відповідно до затверджених методичних підходів (HQ, CR, IR). Результати таких досліджень використовуються для оцінки санітарно-епідемічної ситуації, визначення рівнів небезпеки та обґрунтування управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

У 2025 р. в 24 ЦКПХ впроваджено стаціонарне обладнання для моніторингу атмосферного повітря за п'ятьма пріоритетними показниками: озон, тверді аерозолі (PM2,5 та PM10), оксид азоту, діоксид сірки та оксид вуглецю. Таким чином, ЦКПХ є єдиною мережею, що забезпечує безперервний моніторинг за забруднювачами, рекомендованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Водночас ЦКПХ також здійснюють дослідження атмосферного повітря на стаціонарних постах, визначених плановим моніторингом. Через обмеження обладнання та кадрового ресурсу безперервний цілодобовий режим спостережень забезпечується не на всіх постах: вимірювання проводяться переважно у рамках планових перевірок, а також у випадках кліматичних, метеорологічних або аварійних ситуацій, із використанням максимально-разових показників.

Важливу роль у формуванні додаткових інформаційних ресурсів відіграють органи місцевого самоврядування, які впроваджують локальні системи моніторингу атмосферного повітря, зокрема через встановлення автоматизованих постів спостереження та інформування населення про стан довкілля. У великих містах такі системи забезпечують оперативність даних, однак характеризуються неоднорідністю технічної оснащеності та різним рівнем інтеграції з державною системою моніторингу.

Окремим джерелом інформації є результати виробничого екологічного контролю суб'єктів господарювання, діяльність яких пов'язана з викидами забруднюючих речовин в атмосферне повітря. Водночас доступ до цих даних для потреб системи громадського здоров'я є обмеженим, а їх інтеграція у єдину систему моніторингу залишається недостатньою.

Слід також враховувати роль наукових установ, які здійснюють дослідження у сфері оцінки якості атмосферного повітря, моделювання поширення забруднюючих речовин та аналізу їх впливу на здоров'я населення. Результати таких досліджень використовуються як додаткове джерело аналітичної інформації.

У цілому, система моніторингу атмосферного повітря в Україні забезпечує формування базових даних для оцінки впливу факторів довкілля на здоров'я населення, однак характеризується низкою системних обмежень, зокрема недостатнім територіальним покриттям, нерівномірністю спостережень, обмеженою міжвідомчою інтеграцією та відсутністю уніфікованих підходів до обробки даних.

З урахуванням сучасних викликів, у тому числі пов'язаних із збройною агресією російської федерації проти України, актуальним є подальший розвиток системи моніторингу шляхом її модернізації, розширення мережі спостережень, забезпечення сумісності даних між суб'єктами моніторингу та гармонізації підходів із міжнародними стандартами, зокрема рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я.

9.3. Вплив забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення.

Забруднення атмосферного повітря, відповідно до положень Основ законодавства України про охорону здоров'я, розглядається як один із провідних факторів ризику для здоров'я населення та підлягає обов'язковому врахуванню під час формування державної політики у сфері громадського здоров'я, оцінки санітарно-епідемічного благополуччя та управління екологічними ризиками.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), забруднення атмосферного повітря належить до ключових глобальних факторів ризику для здоров'я людини. Близько 90% населення світу проживає в умовах перевищення рекомендованих гігієнічних

нормативів якості повітря. Щорічно вплив забрудненого повітря асоціюється з понад 13 мільйонами випадків передчасної смерті, значна частка яких припадає на неінфекційні захворювання. Зокрема, до 30% випадків смерті від інсульту, раку легень і хронічного обструктивного захворювання легень, а також близько 25% — від ішемічної хвороби серця, пов'язані з впливом забруднення атмосферного повітря.

Основними забруднюючими речовинами атмосферного повітря, що формують пріоритетні ризики для здоров'я населення, є дрібнодисперсні тверді частинки (PM2.5, PM10), оксиди азоту (NO_x), діоксид сірки (SO_2), оксид вуглецю (CO) та приземний озон (O_3). Їх перелік відповідає Порядку здійснення державного моніторингу в галузі охорони атмосферного повітря, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України № 827 від 14.08.2019. Сукупно зазначені речовини формують переважну частку (до 90–98%) антропогенного навантаження, значущого для стану здоров'я населення.

Найбільш значущим фактором ризику є дрібнодисперсні частинки PM2.5 та PM10, які, за оцінками ВООЗ, належать до провідних причин передчасної смертності у світі та асоціюються приблизно з 4,1 млн випадків смерті щороку. Вплив PM2.5 суттєво підвищує ризик розвитку серцево-судинних і респіраторних захворювань: близько 26% смертей від ішемічної хвороби серця та 25% від інсульту пов'язані з їх впливом, а також до 53% смертей від хронічного обструктивного захворювання легень і до 40% — від раку легень.

За прогнозами ВООЗ, до 2030 року бронхіальна астма, асоційована із забрудненням атмосферного повітря, може увійти до трійки провідних причин передчасної смертності у світі. Дані епідеміологічних досліджень Європейського кардіологічного товариства свідчать про наявність статистично значущого зв'язку між підвищенням концентрацій оксидів азоту в атмосферному повітрі та зростанням ризику розвитку інфаркту міокарда й інших серцево-судинних захворювань. Крім того, вплив забрудненого повітря асоціюється з посиленням добових коливань артеріального тиску, що негативно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи.

Оцінка хронічного впливу хімічних речовин, присутніх в атмосферному повітрі, ускладнюється низкою факторів, зокрема:

- значною варіабельністю концентрацій атмосферних домішок, що залежить від метеорологічних умов;
- не специфічністю захворювань, пов'язаних із впливом забрудненого повітря, насамперед хвороб органів дихання, які можуть бути зумовлені також іншими чинниками (курінням, професійними шкідливостями, впливом внутрішніх алергенів).

Водночас, незважаючи на запровадження системи державного моніторингу якості атмосферного повітря у 2019 р., її реалізація здійснюється не в повному обсязі: окремі суб'єкти моніторингу не забезпечують повноцінного виконання передбачених програм спостережень.

Попри зазначені обмеження, фахівцями Центру громадського здоров'я проведено комплексний аналіз стану забруднення атмосферного повітря та оцінку ризиків для здоров'я населення на підставі результатів моніторингу, отриманих від ЦКПХ і ЦГО.

Наведені нижче результати характеризують стан атмосферного повітря за 2025 р., з урахуванням показників канцерогенного та неканцерогенного ризику (CR, HQ, IR), а також індексу забруднення атмосферного повітря (ІЗА). Оцінка та інтерпретація результатів здійснювалися відповідно до чинних методичних рекомендацій.

Індекс забруднення атмосферного повітря (ІЗА) є інтегральним показником, що використовується для кількісної оцінки рівня забруднення повітря за сукупністю визначених хімічних речовин.

9.4. Аналіз забруднення атмосферного повітря в Україні за 2025 р. Оцінка канцерогенних та неканцерогенних ризиків.

Аналіз стану забруднення атмосферного повітря проводився в усіх агломераціях та областях України в межах розташування стаціонарних постів спостережень ЦГО та ЦКПХ. Оцінювання здійснювалося за такими забруднюючими речовинами: зважені речовини (пил), діоксид сірки (SO_2), оксид вуглецю (CO), оксиди азоту (NO та NO_2), аміак (NH_3), сірководень (H_2S), фенол, формальдегід, хлористий і фтористий водень, а також сажа.

Таблиця 9. 1. Показники середньорічної забрудненості атмосферного повітря у 2025 р. по агломераціям відповідно до пункту 2 додатка 1 Постанови Кабінету Міністрів України від 14 серпня 2019 року № 827

Назва території	Пил* мг/м³	Діоксид сірки мг/м³	Оксид вуглецю мг/м³	Оксид азоту мг/м³	Діоксид азоту мг/м³	Аміак мг/м³	Сірководень мг/м³	Фенол мг/м³	Формальдегід мг/м³	Соляна кислота мг/м³	Фториста кислота мг/м³	Сажа мг/м³
Вінницька	0,10	0,001	1,00		0,065	0,010			0,01		0,006	
Волинська	0,06	0,002	0,33	0,030	0,067			0,005	0,01			
Дніпропетровська	0,24	0,014	2,21	0,033	0,070	0,029	0,002	0,003	0,01			
Донецька												
Житомирська	0,08	0,038	0,65		0,100							
Закарпатська	0,13	0,009	1,00	0,050	0,060				0,01			
Запорізька	0,12	0,007	0,50	0,050	0,068		0,003	0,006	0,01	0,040	0,000	
Івано-Франківська	0,14	0,005	1,90	0,030	0,040							
Київська	0,05	0,040	0,84		0,071							
Кіровоградська	0,16	0,019	1,98	0,020	0,030				0,00			0,035
Луганська												
Львівська	0,15	0,004	2,10	0,035	0,048				0,01		0,003	
Миколаївська	0,08	0,006	0,83	0,020	0,035				0,01		0,002	
Одеська	0,13	0,030	0,96	0,030	0,057		0,002	0,003	0,01		0,005	0,050
Полтавська	0,15	0,006	0,88	0,020	0,027	0,010		0,000	0,01	0,010	0,002	0,009
Рівненська	0,05	0,002	1,10	0,020	0,023	0,000	0,001	0,001	0,01	0,067	0,004	
Сумська	0,34	0,071	1,77	0,050	0,097	0,015			0,01			
Тернопільська	0,09	0,004	3,30	0,030	0,050				0,00			
Харківська	0,04	0,017	1,20		0,028	0,000	0,001		0,00			0,010
Херсонська	0,03	0,001	0,27	0,110	0,180			0,002	0,00			
Хмельницька	0,08	0,017	1,75	0,030	0,035	0,010		0,001	0,00	0,040		
Черкаська	0,10	0,016	1,27	0,020	0,033	0,043	0,002		0,01			
Чернівецька	0,02	0,007	0,18	0,020	0,035			0,002	0,00	0,070	0,002	
Чернігівська	0,11	0,040	0,45		0,095							
м.Київ	0,07	0,070	1,23		0,103	0,010	0,001	0,002	0,00	0,070	0,001	
Україна	0,11	0,018	1,20	0,035	0,062	0,014	0,002	0,003	0,01	0,049	0,003	0,026

* - пил неорганічний, що містить двоокис кремнію в %: - більше 70

Таблиця 9.2. Розрахункові показники неканцерогенного ризику та індексу забруднення атмосферного повітря

Назва території	НЕКАНЦЕРОГЕННИЙ РИЗИК (HQ)									**індекс забруднення атмосфери ІЗА**	**Сумарний HQ по всім забруднювачам**
	Пил	діоксид сірки SO_2	оксид вуглецю CO	оксид азоту NO	діоксид азоту NO_2	аміак NH_4	сірководень H_2S	фенол C_6H_6O	формальдегід CH_2O		
Вінницька	1,27	0,02	0,33	0	1,625	0,02	0	0	2	2,98	0,59
Волинська	0,84	0,046	0,11	1	1,675	0	0	0,833	2	4,54	0,72
Дніпропетровська	3,26	0,271	0,74	1,111	1,743	0,058	0,024	0,486	3,74	7,17	1,27
Донецька	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Житомирська	1,07	0,76	0,22	0	2,5	0	0	0	0	4,01	0,5
Закарпатська	1,73	0,17	0,33	1,667	1,5	0	0	0	3,17	3,89	0,95
Запорізька	1,57	0,136	0,17	1,667	1,7	0	0,033	1,056	2,33	6,29	0,96
Івано-Франківська	1,87	0,1	0,63	1	1	0	0	0	0	3,17	0,51
Київська	0,72	0,803	0,28	0	1,781	0	0	0	0	3,22	0,4
Кіровоградська	2,19	0,371	0,66	0,667	0,75	0	0	0	1,17	3,28	0,65
Луганська											0
Львівська	2,03	0,085	0,7	1,167	1,188	0	0	0	1,75	3,68	0,77
Миколаївська	1,07	0,11	0,28	0,667	0,875	0	0	0	3,08	2,31	0,68
Одеська	1,78	0,598	0,32	1	1,417	0	0,018	0,556	1,71	5,16	0,82
Полтавська	1,93	0,113	0,29	0,667	0,667	0,02	0	0,056	1,94	2,85	0,63
Рівненська	0,71	0,033	0,37	0,667	0,583	0	0,01	0,167	1,78	2,24	0,48
Сумська	4,49	1,427	0,59	1,667	2,417	0,03	0	0	1,67	7,99	1,36
Тернопільська	1,2	0,08	1,1	1	1,25	0	0	0	0,67	3,57	0,59
Харківська	0,47	0,34	0,4	0	0,688	0	0,01	0	0,5	1,82	0,27
Херсонська	0,4	0,02	0,09	3,667	4,5	0	0	0,333	0,5	7,34	1,06
Хмельницька	1	0,33	0,58	1	0,875	0,02	0	0,167	0,33	3,39	0,48
Черкаська	1,33	0,32	0,42	0,667	0,833	0,087	0,02	0	2,67	4,07	0,71
Чернівецька	0,27	0,133	0,06	0,667	0,875	0	0	0,333	0,83	2,25	0,35
Чернігівська	1,4	0,8	0,15	0	2,375	0	0	0	0	4,03	0,53
м. Київ	0,89	1,394	0,41	0	2,571	0,02	0,01	0,333	1,42	5,95	0,78
Україна	1,46	0,368	0,4	1,173	1,539	0,028	0,018	0,432	1,75	5,17	0,8

Додатково проводилися спостереження за іншими показниками, однак зазначені забруднювачі були відібрані для аналізу з огляду на їх найвищу репрезентативність та регулярність визначення на більшості постів спостережень.

Середньорічні концентрації забруднюючих речовин за даними ЦГО та ЦКПХ наведені в ***таблиці 9.4.1.***

Результати розрахунків неканцерогенного ризику (HQ) та індексу забруднення атмосфери за 9 показниками, наведені в ***таблиці 9.4.2***, а їх просторова поширеність на ***рис. 9.4.1***

Результати проведеного аналізу свідчить, що в більшості досліджених регіонів України атмосферне повітря формує підвищений неканцерогенний ризик для здоров'я населення, а також характеризується високим або дуже високим рівнем сумарного забруднення.

Найбільш несприятлива ситуація у Сумській, Херсонській, Дніпропетровській, Запорізькій областях та м. Києві.

За інтегральними показниками індексу забруднення атмосферного повітря (ІЗА) встановлено: Сумська область – 7,99; Херсонська область – 7,34; Дніпропетровська область – 7,17; Запорізька область – 6,29; м. Київ – 5,95.

Зазначені значення відповідають дуже високому рівню сумарного забруднення атмосферного повітря та свідчать про необхідність пріоритетного управлінського реагування.

Показник сумарного неканцерогенного ризику (ΣHQ) перевищує порогове значення 1,0 у таких регіонах: Сумська область – 1,36; Дніпропетровська область – 1,27; Херсонська область – 1,06.

Це вказує на наявність імовірності розвитку несприятливих неканцерогенних ефектів для здоров'я населення за умов тривалого впливу відповідного рівня забруднення атмосферного повітря.

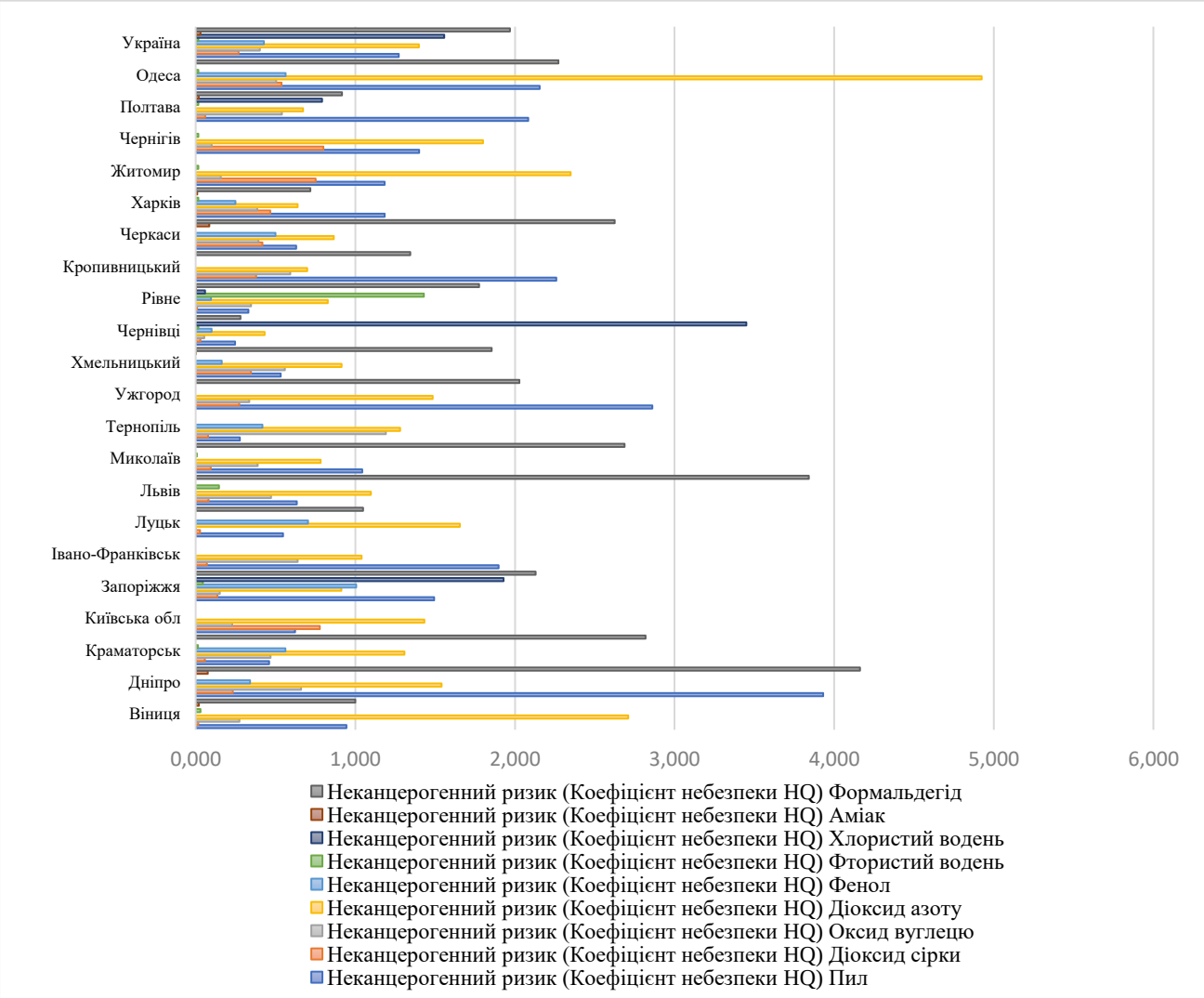


Рис. 9.1. Розподіл неканцерогенного ризику за забруднювачами і регіонами

Отримані результати свідчать, що в окремих регіонах України забруднення атмосферного повітря формує хронічне інгаляційне навантаження, яке може зумовлювати підвищення ризику розвитку низки патологічних станів, зокрема:

хронічних і гострих захворювань органів дихання;
бронхіальної астми;
загострень хронічного обструктивного захворювання легень;
серцево-судинних ускладнень;
подразнення слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і очей.

Найбільш вразливими до впливу забрудненого атмосферного повітря є такі групи населення:

діти;
особи похилого віку;
вагітні;
особи з хронічними захворюваннями дихальної та серцево-судинної систем;
населення, яке проживає в безпосередній близькості до автомобільних магістралей, промислових вузлів, а також у зонах пошкодженої інфраструктури внаслідок бойових дій.

Основні забруднювачі, що формують неканцерогенний ризик

Аналіз структури HQ показує, що ключовими чинниками неканцерогенного ризику в більшості регіонів є:

Діоксид азоту (NO_2)

Діоксид азоту є одним із провідних забруднювачів атмосферного повітря (рис. 9.4.2). У 14 регіонах встановлено ризик виникнення захворювань HQ > 1. Найвищі значення:

Херсонська область – 4,50;
Житомирська область – 2,50;
м. Київ – 2,58;
Сумська область – 2,43;
Київська область – 1,78;
Дніпропетровська область – 1,74.

Це вказує на суттєвий вплив транспортних викидів, процесів згоряння палива, енергетики та локальних джерел теплогенерації.



Рис. 9.2 Просторовий розподіл неканцерогенного ризику від діоксиду азоту за регіонами.

Пил

Ризик виникнення неканцерогенних хвороб HQ > 1 встановлено у 16 регіонах (рис. 9.4.3), найвищі рівні зареєстровані:

Сумська область – 4,49;

Дніпропетровська область – 3,26;

Кіровоградська область – 2,19;

Львівська область – 2,03;

Полтавська область –1,93;

Івано-Франківська область – 1,87.

Це свідчить про значну роль промисловості, перевантажених транспортних потоків, вторинного пилу, аграрних робіт та руйнування інфраструктури.



Рис. 9.3. Просторовий розподіл неканцерогенного ризику від запиленості атмосферного повітря за регіонами

Формальдегід

HQ > 1 також є масовим і виявлений у 14 регіонах (рис. 9.4.4). Найвищі значення:

Дніпропетровська область – 3,74;

Закарпатська область – 3,17;

Миколаївська область – 3,08;

Черкаська область – 2,67;

Запорізька область – 2,33;

Вінницька / Волинська область – 2,0.

Формальдегід є важливим маркером впливу автотранспорту, процесів горіння, промислових джерел та вторинного фотохімічного забруднення.



Рис. 9.4. Просторовий розподіл неканцерогенного ризику від формальдегіду за регіонами

Оксид азоту (NO)

Найвищі рівні HQ (рис. 9.4.5):
Херсонська область – 3,67
Закарпатська область – 1,67;
Запорізька область – 1,67;
Львівська область – 1,17;
Дніпропетровська область – 1,11.



Рис. 9.5. Просторовий розподіл неканцерогенного ризику від оксиду азоту за регіонами

Діоксид сірки (SO_2)

Загалом менш поширений фактор ризику, але критичні значення спостерігаються (рис. 9.4.6) у :
Сумська область – 1,43;
м. Київ – 1,39.

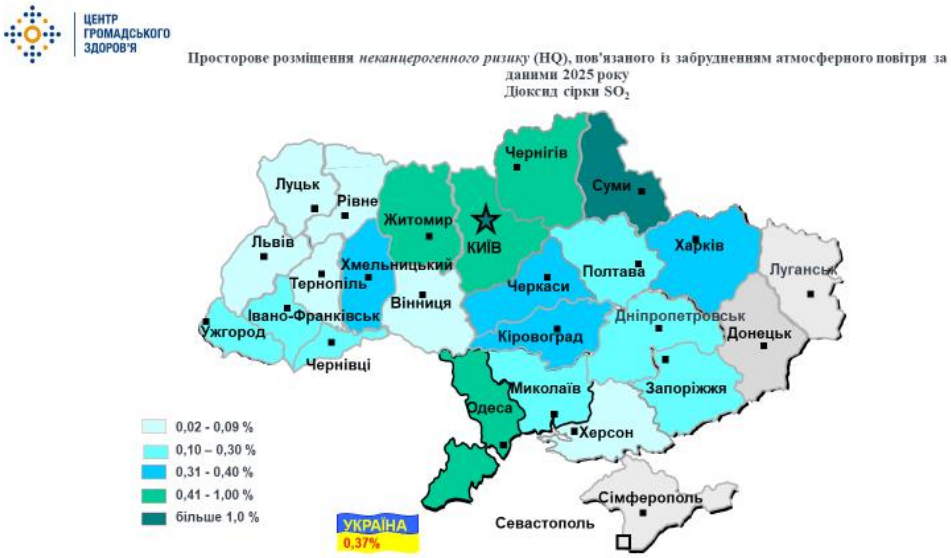


Рис. 9.6. Просторовий розподіл неканцерогенного ризику від діоксиду азоту за регіонами

Територіальні профілі ризику

Група найбільш несприятливих територій

Сумська, Дніпропетровська, Херсонська області – єдині регіони, де сумарний HQ перевищує 1.

Для них характерне одночасне поєднання:

високого пилового навантаження,

перевищень за NO_2,

додаткового внеску SO_2, формальдегіду або NO.

Це свідчить про мультифакторний характер ризику, що має найбільше значення для органів дихання, серцево-судинної системи та слизових оболонок.

Група дуже високого ІЗА без перевищення сумарного HQ > 1 –



Рис. 9.7. Просторовий розподіл індексу забрудненості атмосферного (ІЗА) повітря за регіонами

Запорізька область, м. Київ, Одеська, Волинська, Черкаська, Чернігівська, Житомирська області.

Тут сумарне забруднення атмосферного повітря є високим, але інтегральний неканцерогенний ризик за наданою моделлю не перевищує 1.

Це не означає відсутності проблеми, а свідчить, що:

- ризик є підпороговим, але значним (при несприятливих погодних умовах існує ризик загострення бронхолегеневих, алергічних, серцево-судинних захворювань, тощо);
- існує висока ймовірність сезонних або локальних перевищень (виникнення смогів).
- потрібне посилення моніторингу та деталізація оцінки за чутливими групами населення.

Відносно нижчий рівень ризику

Харківська, Чернівецька, Київська, Хмельницька, Рівненська області (агломерації) - мають нижчі значення сумарного неканцерогенного ризику, але окремі речовини все одно формують перевищення HQ > 1. Це означає, що навіть за нижчого інтегрального показника ризик не є відсутнім.

Отже, отримані результати свідчать, що в ряді регіонів України забруднення атмосферного повітря створює хронічне інгаляційне навантаження, здатне підвищувати ризик розвитку:

- хронічних та гострих респіраторних захворювань;
- бронхіальної астми;

- загострень хронічних обструктивних захворювань легень;
- серцево-судинних ускладнень;
- подразнення слизових оболонок і очей.

Найбільш вразливими групами є:

- діти;
- особи похилого віку;
- вагітні;
- люди з хронічними захворюваннями дихальної та серцево-судинної систем;
- населення, яке мешкає поблизу магістралей, промислових вузлів та зон руйнування інфраструктури внаслідок бойових дій.

Слід зазначити, що при проведені узагальнення матеріалів для проведення розрахунків виник цілий ряд зауважень щодо даних та їх інтерпретацій.

1. У таблиці 9.4.1 наявні регіони (агломерації) з нульовими значеннями або відсутніми даними за певними забруднювачами.

Це не слід трактувати як відсутність забруднення чи ризику. Це свідчить про відсутність або неповноту моніторингових даних; обмеження вибірки; не репрезентативність набору спостережень.

2. Показник ІЗА є інтегральною характеристикою забруднення, але не повністю тотожний ΣHQ, оскільки ІЗА відображає сумарне забруднення атмосферного повітря відносно ГДК, тоді як ΣHQ – сумарний неканцерогенний ризик, у логіці оцінки впливу на здоров'я.

3. Фактичний ризик для населення може бути вищим, якщо врахувати сезонність та комбіновану дію сумішей забруднювачів; індивідуальну вразливість населення та вплив дрібнодисперсного пилу $PM_{2,5}/PM_{10}$, якщо він не виділений окремо.

Основні забруднювачі, що формують канцерогенний ризик

Оцінка канцерогенного ризику виконувалася для формальдегіду та сажі як пріоритетних канцерогенних забруднювачів відповідно до методичних рекомендацій МОЗ України.

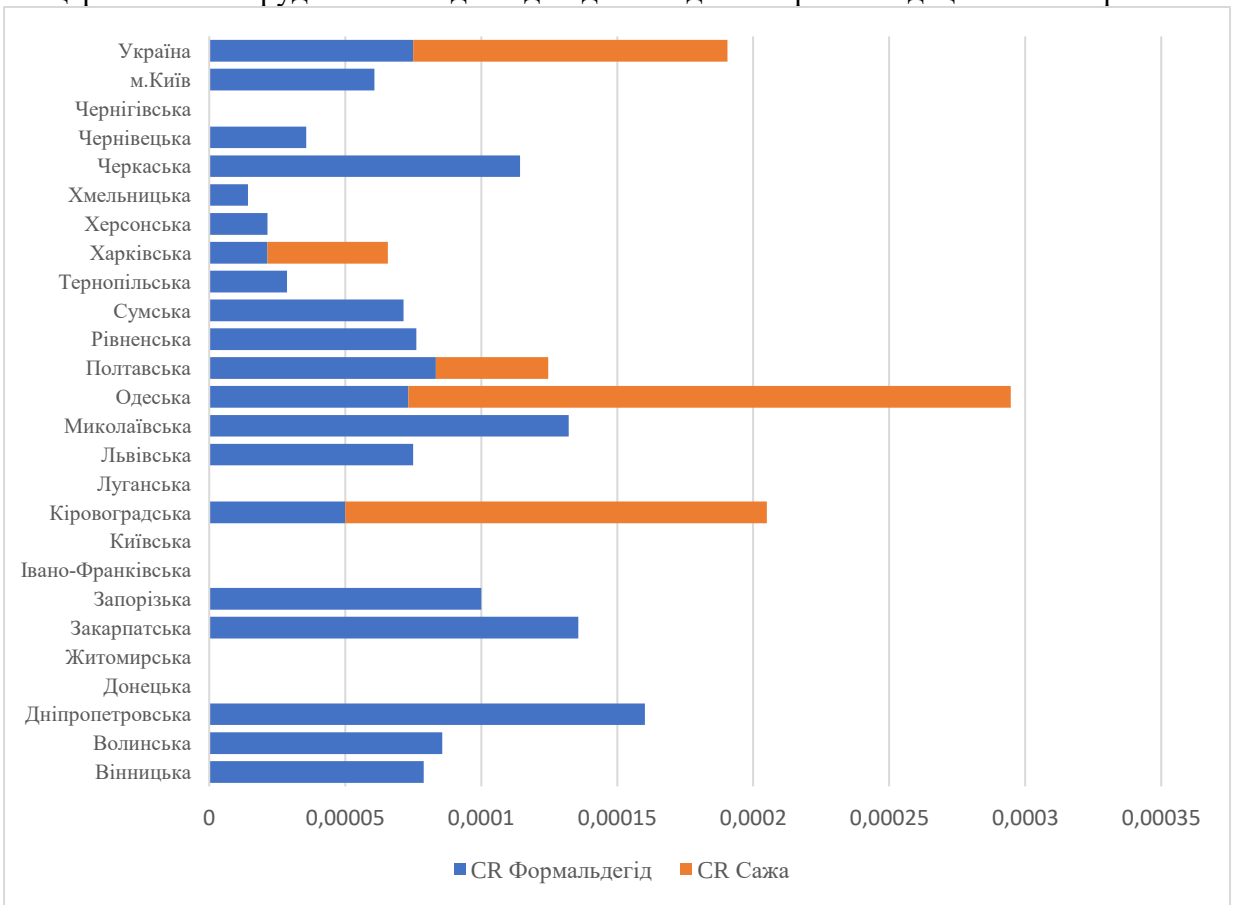


Рис. 9.8. Просторові профілі канцерогенного ризику

Таблиця 9.3. Інтегральні показники канцерогенного ризику

Назва території	формальдегід	сажа	LADD		CR	
			Формальдегід	Сажа	Формальдегід	Сажа
Вінницька	0,01		0,00171	0	7,8857E-05	0
Волинська	0,01		0,00171	0	8,5714E-05	0
Дніпропетровська	0,01		0,0032	0	0,00016016	0
Донецька			0	0	0	0
Житомирська			0	0	0	0
Закарпатська	0,01		0,00271	0	0,00013571	0
Запорізька	0,01		0,002	0	0,0001	0
Івано-Франківська			0	0	0	0
Київська			0	0	0	0
Кіровоградська	0,00	0,035	0,001	0,01	0,00005	0,000155
Луганська			0	0	0	0
Львівська	0,01		0,0015	0	0,000075	0
Миколаївська	0,01		0,00264	0	0,00013214	0
Одеська	0,01	0,050	0,00146	0,01429	7,3214E-05	0,000221429
Полтавська	0,01	0,009	0,00167	0,00267	8,3333E-05	4,13333E-05
Рівненська	0,01		0,00152	0	7,619E-05	0
Сумська	0,01		0,00143	0	7,1429E-05	0
Тернопільська	0,00		0,00057	0	2,8571E-05	0
Харківська	0,00	0,010	0,00043	0,00286	2,1429E-05	4,42857E-05
Херсонська	0,00		0,00043	0	2,1429E-05	0
Хмельницька	0,00		0,00029	0	1,4286E-05	0
Черкаська	0,01		0,00229	0	0,00011429	0
Чернівецька	0,00		0,00071	0	3,5714E-05	0
Чернігівська			0	0	0	0
м.Київ	0,00		0,00121	0	6,0714E-05	0
Україна	0,01	0,026	0,0015	0,00745	7,5002E-05	0,000115512

Результати розрахунків, наведених в таблиці 9.4.3 та рисунку 9.4.8 свідчать, що на території України формується стійкий інгаляційний канцерогенний ризик, зумовлений впливом:

формальдегіду (домінуючий фактор);

сажі (локально значущий фактор).

Середнє значення розрахованого канцерогенного ризику по Україні становлять:

CR (формальдегід): ~$7,5\times10^{-5}$

CR (сажа): ~$1,15\times10^{-4}$

Це відповідає рівню: 10^{-5} – 10^{-4} - підвищений ризик, з окремими випадками >10^{-4} – як потенційно неприйнятний.

Території підвищеного канцерогенного ризику

Формальдегід:

Дніпропетровська область – $1,60\times10^{-4}$

Закарпатська область – $1,36\times10^{-4}$

Миколаївська область – $1,32\times10^{-4}$

Черкаська область – $1,14\times10^{-4}$

Запорізька область – $1,00\times10^{-4}$

Сажа:

Одеська область – $2,21\times10^{-4}$ (максимум по Україні)

Кіровоградська область – $1,55\times10^{-4}$

Ці регіони/агломерації формують найбільший довгостроковий онкологічний ризик.

Регіони/агломерації підвищеного ризику (10^{-5} – 10^{-4}):
Вінницька, Волинська, Рівненська, Сумська області;
Львівська, Полтавська, Харківська області;
м. Київ.
Цим регіонам/агломераціям характерна стійка хронічна експозиція.

Що стосується регіонів з низьким/невизначеним ризиком, до яких відносяться Донецька, Луганська, Чернігівська, частково інші області, то це не означає відсутність ризику, а свідчить про відсутність даних, порушення моніторингу (зокрема через війну).

Структура канцерогенного навантаження

Формальдегід в нашому випадку функціонує як системний канцероген і домінує у більшості регіонів, формує фоновий ризик по всій країні, має вторинне походження (фотохімія).

Сажа є індикатором «гарячих точок», пов'язаних з локальними піками ризику, що чітко пов'язані з дизельним транспортом, промисловістю, військовими впливами.

Отже, отримані розрахунки рівнів CR свідчать про:

1. Хронічний довгостроковий вплив формування кумулятивного онкологічного ризику навіть при «нормативних» концентраціях;
2. Комбінований ефект, тут слід зазначити, що одночасна дія формальдегіду, NO_2, пилу значно підсилює ризик виникнення онкологічних захворювань;
3. Урбанізаційний фактор свідчить найвищі ризики для великих міст, транспортних магістралей, вузлів, промислових регіонів.

При збережені існуючих тенденцій, ситуація з канцерогенними ризиками в найближчі 7-15 років може привести до медичних наслідків, таких як зростання показників онкопатології органів дихання, пухлин верхніх дихальних шляхів; демографічних - підвищення передчасної смертності, зростання втрат працездатного населення; економічних - зростання витрат на лікування, соціальні виплати, втрати ВВП.

Отже, результати оцінки канцерогенних ризиків свідчать, що в Україні сформувався системний підвищений рівень інгаляційного канцерогенного навантаження, зумовлений переважно впливом формальдегіду та продуктів неповного згоряння.

У низці регіонів рівні ризику досягають або перевищують міжнародно прийнятні орієнтири, що свідчить про необхідність переходу до активної політики управління ризиками.

Ситуація має ознаки накопичувального довгострокового впливу, що може призвести до зростання онкологічної захворюваності у середньо- та довгостроковій перспективі.

9.5. Оцінка тягаря хвороб (DALY), економічних втрат та ключових показників ефективності у сфері якості атмосферного повітря

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я та з урахуванням підходів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і глобальних досліджень *Global Burden of Disease*, забруднення атмосферного повітря належить до провідних факторів втрати здоров'я населення.

Для інтегральної оцінки використовується показник DALY (Disability-Adjusted Life Years), що включає:

роки життя, втрачені внаслідок передчасної смертності (YLL);
роки життя, прожиті з інвалідністю (YLD).

Оцінка здійснюється на основі:

- даних державної статистики щодо смертності та захворюваності;
- результатів державного моніторингу атмосферного повітря;
- функцій «експозиція–відповідь», рекомендованих ВООЗ;
- методичних підходів до оцінки ризику, затверджених наказом МОЗ України від 18.10.2023 № 1811.

За адаптованими до умов України міжнародними оцінками, орієнтовний тягар хвороб становить: **900 000 – 1 300 000 DALY на рік**.

Структура втрат DALY:

- хвороби системи кровообігу – **близько 40–50%**;
- хвороби органів дихання – **25–35%**;
- злоякісні новоутворення – **10–20%**;
- інші причини – **до 10%**.

Наведені показники свідчать про суттєвий внесок забруднення атмосферного повітря у формування тягаря неінфекційних захворювань. Оцінки мають орієнтовний характер та підлягають уточненню.

Забруднення атмосферного повітря зумовлює значні економічні втрати, що включають:

- прямі витрати системи охорони здоров'я;
- непрямі втрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю;
- втрати людського капіталу внаслідок передчасної смертності.

За підходами ВООЗ та Світового банку, адаптованими до макроекономічних умов України, орієнтовні втрати становлять:

- **2–5% валового внутрішнього продукту**;
- **30–60 млрд грн на рік** – прямі медичні витрати;
- **70–120 млрд грн на рік** – непрямі втрати.

Зазначені оцінки відповідають міжнародній практиці та використовуються для стратегічного планування.

З метою оцінки результативності державної політики у сфері якості атмосферного повітря визначаються такі ключові показники:

- зниження середньорічної концентрації PM2.5 (орієнтовно на **20% до 2050 року** або до рівнів, рекомендованих ВООЗ);
- зменшення частки населення, що проживає в умовах перевищення гігієнічних нормативів;
- зниження частки населення з перевищенням **HQ > 1** не менше ніж на **30%**;
- досягнення рівня індивідуального канцерогенного ризику **≤1×10⁻⁵**;
- забезпечення охоплення моніторингом **не менше 90–95% міського населення**;
- зниження рівня госпіталізацій із приводу респіраторних захворювань на **15%**.

Зазначені KPI можуть використовуватися як індикатори виконання державних програм.

Оцінка якості атмосферного повітря та пов'язаних ризиків обмежується такими факторами:

- похибки вимірювання та висока варіабельність концентрацій;
- обмежене просторове покриття мережі моніторингу;
- недостатня часова роздільність даних;
- обмежений моніторинг окремих забруднювачів (PM2.5, канцерогени, важкі метали);
- недостатня інтеграція даних із різних джерел.

Зазначені обмеження впливають на точність оцінок і потребують системного вдосконалення.

9.6. Висновки.

Забруднення атмосферного повітря залишається одним із провідних факторів ризику для здоров'я населення України, формуючи значний тягар хвороб, включаючи як неканцерогенні, так і канцерогенні ефекти.

Результати оцінки свідчать про наявність у низці регіонів перевищення референтних рівнів неканцерогенного ризику (HQ > 1), що вказує на потенційно підвищений ризик розвитку несприятливих ефектів при тривалому інгаляційному впливі забруднюючих речовин.

Найбільш несприятлива ситуація за сукупними показниками неканцерогенного ризику спостерігається у Сумській, Дніпропетровській та Херсонській областях.

Інтегральні показники якості атмосферного повітря (ІЗА) свідчать про стале техногенне навантаження у ряді промислово розвинених регіонів, зокрема в Запорізькій області та місті Києві.

Оцінка канцерогенних ризиків підтверджує наявність системного інгаляційного впливу, пов’язаного переважно з формальдегідом та продуктами неповного згоряння, з досягненням у окремих випадках рівнів, що відповідають або перевищують міжнародно прийнятні діапазони ризику.

Використання інтегральних показників (DALY, HQ, CR) забезпечує можливість комплексної оцінки впливу забруднення атмосферного повітря на стан здоров’я населення та є методологічно узгодженим із підходами ВООЗ.

Результати аналізу свідчать про необхідність подальшого удосконалення системи моніторингу атмосферного повітря, підвищення повноти та репрезентативності даних, а також розвитку інтегрованих підходів до оцінки впливу довкілля на здоров’я населення.

Список використаних джерел:

1. https://dtm.iom.int/ukraine

United States Agency for International Development. Romanian Family Health Initiative. Country information [Internet]. Boston: JSI Research & Training Institute; 2008. [Електронний ресурс]. — Режим доступу http://www.unicef.org/infobycountry/roma nia_statistics.html#67.

2. Державна статистика України. https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/ds.htm

3. Моісеєнко Р.О., Жилка Н.Я., Гойда Н.Г. та ін. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Україна. Здоров'я нації. 2023. № 1 (71). УДК 618.17/.5(477).DOI https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/09.

4. Статистичні форми звітності МОЗ, 2025 р., архів, /Центр громадського здоров'я МОЗ України, Моніторинг і статистика [Електронний ресурс]. — Режим доступу https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata :. — Назва з екрана.

5. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини. Родова допомога та відомості про новонароджених. Гол. ред. Заболотько В.М. Аналітично-статистичний довідник К. 2022. 87 с.

6. Статистика з ВІЛ/СНІДу. https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu

7. Жилка Н.Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні. Дис. канд. мед. н. 2005.

8. Оперативні дані сектору статистики Центру громадського здоров'я МОЗ України. 2024 р.

Список використаних джерел:

9. Environment and Human Health: Joint EEA – JRSreport / European Environment Agency. Copenhagen, 2013. 112 p.

10. Landrigan P.J., Fuller R., Acosta N.JR. et al. The Lancet Commission on pollution and health. Lancet. 2018. Vol. 391. P. 462-512.

11. Global, regional, and national life expectancy, allcause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study2015. Lancet. 2016. Vol. 388. P. 1459- 1544.

12. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva : World Health Organization, 2013. URL: https://www.who.int/ nmh/publications/ncd-action-plan/en.

13. Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2020. 88 с.

14. Черниченко І.О., Литвиченко О.М., Бабій В.Ф., Кондратенко О.Є., Главачек Д.О. Визначення відповідності вітчизняної бази гігієнічних нормативів канцерогенних речовин в атмосферному повітрі населених місць вимогам ЄС. Довкілля та здоров'я. 2023, № 4 (109), 23-28. УДК 614.71:616-006 https://doi.org/10.32402/dovkil2023.04.023

15. Турос О.І., Петросян А.А., Брезіцька Н.В., Маремуха Т.П., Давиденко Г.М., Михіна Л.І., Царенок Т.В. Оцінка впливу забруднення атмосферного повітря PM2,5 на здоров'я населення Києва. Довкілля та здоров'я, 2022, № 3 (104), 44-47 УДК:614.71/72:616.2 https://doi.org/10.32402/dovkil2022.03.044

16.http://cgo-reznevskyi.kyiv.ua/images/%D0%9E%D0%93%D0%9B%D0%AF%D0%94_2023.pdf

17. Методичні рекомендації «Оцінка канцерогенного та неканцерогенного ризику для здоров'я населення від хімічного забруднення атмосферного повітря» затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 жовтня 2023 року № 1811.