

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МОЗ
УКРАЇНИ»

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

КАСЬЯНЕНКО ІВАН ІВАНОВИЧ

УДК 614.1(477.45):616.36-002.14-053.6-084

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ
ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ
ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ**

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань: 22 – охорона здоров'я

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

Медведовська Наталія Володимирівна

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

КАСЬЯНЕНКО І.І. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків.
– Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», Ужгородський національний університет, Ужгород, 2019.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведено в п'ять організаційних етапів із застосуванням відповідного методичного інструментарію, за допомогою якого здійснено збір інформації, формування баз даних, їх обробку, аналіз і візуалізацію. Результати послідовного виконання етапів дисертаційного дослідження дозволили досягти поставлену в ньому мету: обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Перший етап дослідження передбачав вивчення сучасного науково-інформаційного контенту щодо медико-соціального значення зростання захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, досвіду економічно розвинутих країн світу, в тому числі країн СНД та України з організації надання профілактичної, діагностичної, лікувальної медичної допомоги вказаному контингенту хворих з виявленням проблемних питань, що потребують першочергового втручання та організаційного вирішення на регіональному рівні. Використання системного підходу в поєднанні з бібліосемантичним та контент-аналізом на *другому етапі* виконання програми дисертаційного дослідження сприяло: здійсненню остаточного вибору напрямку дослідження, формуванню його мети за завдань, вибору наукової бази, обґрунтуванню методів та обсягів досліджень, проведених на кожному з етапів. Об'єктом дослідження обрано стан організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків,

результати дослідження якого дозволили науково обґрунтувати основні пріоритетні концептуальні напрями та розробити функціонально-організаційну модель удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області). Сформовано комплекс методів наукового дослідження (системного підходу, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний, контент-аналізу, концептуального та описового моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок), використання якого забезпечило достовірну оцінку ситуації з питань: захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, у різних вікових групах, у тому числі серед підлітків; дослідження обізнаності освітян, сімейних лікарів, підлітків щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі; організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами з обґрунтуванням концептуальних напрямів її удосконалення, спрямованих, в першу чергу, на посилення профілактичного вектору, своєчасність виявлення та попередження поширення інфекційного процесу з розвитком його печінкових ускладнень.

Для оцінки регіональних особливостей та впровадження запропонований підходів до удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів було обрано Кіровоградську область, яка знаходиться в одному з іншими регіонами України нормативно-правовому полі надання первинної, спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги підліткам, має подібні з середніми по Україні показники, що характеризують соціальні, природні, економічні аспекти. Наведене робить Кіровоградську область цінним регіоном для проведення наукового дослідження і апробації запропонованих інноваційних організаційних підходів на більшості територій України, що дозволяє рекомендувати впровадження отриманого досвіду в інших регіонах України з адаптацією та урахуванням їх регіональних особливостей.

На *третьому етапі* дисертаційного дослідження було вивчено динаміку та регіональні особливості захворюваності на вірусні гепатити, зокрема ті, які передаються парентерально (гемоконтактно) з метою виявлення її десятирічних трендів та тенденцій формування за період 2007-2016 рр. серед різних вікових груп населення України, в тому числі серед підлітків. На прикладі Кіровоградської області було вивчено особливості захворюваності та організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами. Отримані результати стали достовірною науковою основою аргументування актуальності проведення дослідження та висунення гіпотез про доцільність удосконалення організації попередження їх поширення саме в підлітковому середовищі.

Метою *четвертого етапу* дослідження стало вивчення обізнаності лікарів первинного контакту (лікарів загальної практики-сімейних лікарів), освітян (вчителів та викладачів), які постійно контактують з підлітками, самих підлітків, щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів, готовності прийняти участь у заходах з попередження їх поширення в підлітковому середовищі. Реалізація означеної мети етапу потребувала організації та проведення оригінального соціологічного дослідження за розробленими автором анкетами опитування основних трьох груп респондентів (медиків, освітян та підлітків). Соціологічне дослідження мало послідовних три етапи, опитування проходило анонімно після отримання попередньої добровільної згоди респондентів на участь в анкетуванні, матеріали якого будуть використані в науковому дослідженні. Аналіз отриманого первинного матеріалу відбувався з дотриманням репрезентативності групування первинного матеріалу за контингентами вивчення (стать, вік, місце проживання). Під час проведення дослідження повністю була забезпечена конфіденційність інформації про респондентів.

Виконання *п'ятого етапу* програми, який став заключним, передбачало наукове обґрунтування удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні на прикладі Кіровоградської області. Підґрунтям для

виконання завдань етапу стали результати попередніх етапів наукового дослідження, світовий та вітчизняний досвід з обраного напрямку, основні медико-соціальні аспекти, фактори ризику та шляхи поширення інфекційного процесу, властиві саме підлітковому середовищу. З використанням системного підходу, бібліосемантичного, контент-аналізу, наукового моделювання було обґрунтовано концептуальні напрями удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, обґрунтована, розроблена з розпочатим впровадженням, удосконалена міжсекторальна регіональна функціонально-організаційна модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків Кіровоградської області з оцінкою ефективності запропонованих інновацій. Сформульовано організаційну технологію удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, в якій провідна роль належить взаємодії медиків перинної медичної ланки (лікар загальної практики-сімейний лікар, сімейний педіатр, терапевт та молодший персонал з медичною освітою, який працює в підпорядкуванні перелічених лікарів, які серед прикріпленого населення мають дітей підліткового віку) з службами громадського здоров'я, освітянами, молодіжними та громадськими організаціями, об'єднаннями, які працюють з підлітками для оцінки та моніторингу появи факторів ризику інфікування парентеральними вірусними гепатитами. Підліткам пропонують пройти обов'язкові профілактичні та діагностичні обстеження згідно діючих медико-технологічних документів, на другому етапі якого для проведення профілактичних діагностичних обстежень та оглядів залучається лабораторна служба області, на третьому етапі, за потреби, надається консультативна спеціалізована допомога із залученням інфекціоністів, гастроентерологів, тощо. Ефективність запропонованих підходів по удосконаленню організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні визначалась експертами з використанням спеціально розробленої карти експертної оцінки. Відповідно до міжнародних вимог в ній передбачена участь науковців, представників як клінічної медицини, так і за

фахом соціальної медицини, організаторів охорони здоров'я, практикуючих лікарів первинного контакту та сімейних лікарів, які надають медичну допомогу підліткам. Результати експертної оцінки дозволили скоригувати напрацювання, вибрати відповідні критерії ефективності удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні. Напрацьовані наукові обґрунтування та результати впровадження в практику знайшли своє відображення в опублікованих у ході дослідження статтях, тезах, інформаційному листі, а також використані при підготовці розпоряджень і наказів Департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області), яка ґрунтується на комплексній міжгалузевій, міждисциплінарній інтеграції закладів охорони здоров'я, освіти, культури, молоді та спорту, відповідно до сучасних запитів і потреб підлітків із тріадою поєднання консультативного, діагностичного і інформаційно-освітнього впливу;

- об'єктивізовані особливості обізнаності медиків первинного контакту, освітян і підлітків щодо факторів ризику та шляхів поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі;

- визначено пріоритетні концептуальні напрями удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, основними з яких визначено: активно-конструктивну профілактику, матеріально-технічне та кадрове забезпечення заходів, розробку сучасних принципів інформаційно-просвітницької роботи, застосування новітніх технологій діагностики парентеральних вірусних гепатитів, здійснення дієвого моніторингу, наукового супроводу запропонованих інновацій з оцінкою результатів.

Удосконалено принцип розподілу підлітків в групи ризику

парентеральних вірусних гепатитів, базовою основою якого є наявність факторів ризику передачі інфекцій парентеральним шляхом із подальшим їх діагностичним, консультативним супроводом.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до організації міжгалузевої інтеграції структур, що мають відношення до роботи з підлітками задля попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, подальшого заохочення їх до консультування, регулярного проходження профілактичних діагностичних обстежень.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали науковим підґрунтям для:

- розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні із включенням обґрунтованих позицій у Стратегію розвитку Кіровоградської області на період до 2020 р. (затвердженої рішенням Кіровоградської обласної ради від 21. 12. 2012 р. № 411 і пізніше у редакції рішення Кіровоградської обласної ради від 27.03. 2015 р. № 716 та від 10. 03. 2017 р. № 238) та направлений на її виконання Програмі економічного і соціального розвитку Кіровоградської області;

- створення із щорічним затвердженням плану виконання Обласних цільових соціальних програм «Молодь Кіровоградщини на 2011-2015 рр.» (затверджена рішенням сесії обласної ради від 18.02.2011 р. № 87) та «Молодь Кіровоградщини на 2016-2020 рр.» (затверджена рішенням сесії обласної ради від 18.11.2016 р. № 154);

- оцінки ефективності впровадження та дієвості удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Ключові слова: підлітки, парентеральні вірусні гепатити, міжсекторальний підхід, лікар загальної практики-сімейний лікар.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Медведовська Н.В. Проблема поширеності вірусних гепатитів в сучасних умовах функціонування закладів охорони здоров'я / Н.В. Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // East European Science Journal — 2018. — №7(35). — Р. 10 – 17. *(дисертантом здійснено збір, аналіз результатів дослідження, узагальнені висновки).*
2. Медведовська Н.В. Регіональні особливості захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №4(52). – С. 27-32. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*
3. Shekera O.G. Experience of intersectoral regional intervention for the purpose of parenteral viral hepatitis spread prevention among adolescents / O.G. Shekera, N.V. Medvedovska, I.I.Kasiyanenko // Health of Society. – 2018. – №4. – Р. 155-159. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*
4. Медведовська Н.В. Оцінка знань про шляхи зараження парентеральним вірусним гепатитом в підлітковому середовищі вчителів та викладачів, які працюють з підлітками / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №4/1(53). – С. 84-87. *(дисертантом здійснено узагальнення результатів дослідження, статистичну обробку).*
5. Medvedovska Nataliia V. The study of regional peculiarities of parenteral viral hepatitis incidence dynamics among children as an instrument of developing complex regional social programs on the prevention of its increase / Nataliia V.Medvedovska, Valeriy I. Bugro, Ivan I. Kasianenko // Wiadomosci Lekarskie. – 2017. – Vol. LXXII, № 1. – Р. 95 – 99. *(дисертантом здійснено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*
6. Medvedovska Nataliia V. Parenteral viral hepatitis infection risk assessment by teenagers / Nataliia V. Medvedovska, Valeriy I. Bugro, Ivan I.

Kasianenko // Wiadomosci Lekarskie. – 2019. – Vol. LXXII, № 5. – P. 757 – 760.
(дисертантом здійснено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).

Опубліковані праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Медведовская Н.В. Межотраслевой подход к предупреждению распространения парентеральных вирусных гепатитов среди детей в Украине / Н.В. Медведовская, В.И. Бугро, И.И. Касьяненко // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Здоровье и окружающая среда», г. Минск, Республика Беларусь, 15-16 ноября 2018 г. – С. 178-180. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

8. Бугро В. І. Сучасні особливості захворюваності дитячого населення на вірусні гепатити / В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // Медична наука та практика: виклики сьогодення: зб. робіт міжнародної. наук.-практ.конф., м.Львів, 24-25 серпня 2018 р. – Львів: «Львівська медична спільнота», 2018. – С. 92 – 94. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

9. Медведовська Н.В. Зростання захворюваності на вірусні гепатити як проблема стану здоров'я населення Кіровоградської області / Н.В. Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // Медична наука та практика: актуальні питання взаємодії: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 31 серпня – 1 вересня 2018 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2018. — С. 77-79. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

10. Медведовська Н.В. Доцільність застосування міжгалузевого підходу до ранньої первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед дітей Кіровоградської області / Н.В.Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // Пріоритетні напрями вирішення актуальних проблем медицини: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 7-8 вересня 2018 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних

досліджень «Salutem», 2018. – С. 74-79. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

11. Медведовська Н.В. Захворюваність дитячого населення на вірусні гепатити, сучасні аспекти / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. праць науково-практичної конференції у з міжнародною участю, присвяченої 20-річчю УАСМ, м.Київ, 04-05 грудня 2018 р. / за редакцією Л.Ф.Матюха, Л.В.Хіміон, О.К.Толстанов. – Київ: Наша родина плюс, 2019. – С. 98 – 100. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

12. Можливості профілактики та своєчасної діагностики парентеральних вірусних гепатитів на первинній ланці у дітей та підлітків / Медведовська Н.В., Бацюра Г.В., Касьяненко І.І., Крижня О.В., Титаренко С.Ю. // Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. праць науково-практичної конференції у з міжнародною участю, присвяченої 20-річчю УАСМ, м.Київ, 04-05 грудня 2018 р. / за редакцією Л.Ф.Матюха, Л.В.Хіміон, О.К.Толстанов. – Київ: Наша родина плюс, 2019. – С. 100 – 104. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

13. Касьяненко І. І. Особливості організації надання профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами в Кіровоградській області / І.І. Касьяненко // Матеріали учасників міжнародної науково-практичної конференції з «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку», Львів, 25-26 січня 2019 р., Львівська медична спільнота. – 2019. – С. 99-102. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовані матеріали до друку).*

14. Медведовська Н.В. Обізнаність сімейних лікарів з проблеми поширеності парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та готовність до впровадження заходів з їх попередження / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Медична наука та практика XXI століття: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 01-02 лютого 2019 р.). – Київ:

«Київський медичний науковий центр», 2019. — С. 99-103. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

15. Визначення проблемних регіонів України за захворюваністю на парентеральні вірусні гепатити на основі динаміки їх змін та короткострокових прогнозних тенденцій: інформаційний лист/ МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України; уклад.: Н.В. Медведовська, О.Г. Шекера, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко. — Київ, 2018. — №275-2018. — 6 с. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали інформаційного листа до друку).*

16. Касьяненко І.І. Результати дослідження динаміки та регіональних особливостей захворюваності на вірусні гепатити в Україні / І.І. Касьяненко, В.І. Бугро, Н.В. Медведовська // Матеріали учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання у сфері надання комплексних послуг особам з інвалідністю», Ужгород, 19-21 вересня 2018 р., Україна. Здоров'я нації. — 2018. — №3/1 (51). — С. 32 – 33. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

ANNOTATION

KASIANENKO I.I. Medical and social substantiation for improving the prevention of the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents. – Manuscript.

Dissertation for the degree of a candidate of medical sciences in specialty 14.02.03 – social medicine. – State Enterprise "Ukrainian Institute for Strategic Research of the Ministry of Health of Ukraine", ShupikNational Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2019.

MAIN RESULTS OF THE STUDY

The research was conducted in five organizational stages, using the appropriate methodological tools, through which collected information, database development, processing, analysis and visualization. Results of consecutive performance of stages of a dissertation research allowed to achieve the object set in it: to prove, develop and introduce advanced functionally organizational model to prevention of spread of parenteral viral hepatitises among teenagers at the regional level (on the example of the Kirovohrad region).

The first stage of the study envisaged the study of modern scientific and informational content on the medical and social importance of increasing the incidence of viral hepatitis, in particular parenteral, the experience of economically developed countries, including the countries of the CIS and Ukraine, in the provision of preventive, diagnostic and medical care to the specified contingent of patients with the identification of problematic issues requiring priority intervention and organizational decision at the regional level.

The use of the system approach in combination with the bibliosemantic and content analysis at the *second stage* of the program's implementation helped to: make the final choice of the research direction, form its goals for the tasks, choose a scientific base, substantiate the methods and scope of research carried out at each stage. The object of the research is the state of the organization for preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents. The results of the study allowed to scientifically substantiate the main priority conceptual directions and develop functionally organizational model of improvement of the organization to

prevention of spread of parenteral viral hepatitis among teenagers at the regional level (on the example of the Kirovohrad region).

The complex of methods of scientific research (system approach, bibliosemantic, epidemiological, sociological, medical-statistical, content analysis, conceptual and descriptive modeling, organizational experiment, expert evaluations) has been formed, the use of which has provided a reliable assessment of the situation with regard to: the incidence of viral hepatitis, in particular parenteral, in different age groups, including among adolescents; study of awareness of educators, family doctors teenagers about risk factors and ways of transmission of parenteral viral hepatitis in teenagers; organizations providing medical care to teenagers with parenteral viral hepatitis, with the rationale for conceptual directions for its improvement, aimed primarily at strengthening the prophylactic vector, the timeliness of the detection and prevention of the spread of the infectious process with the development of its hepatic complications.

In order to assess the regional peculiarities and implementation of the proposed approaches to improving the organization of provision of medical care for adolescents to prevent the spread of parenteral viral hepatitis, Kirovograd region was selected, which is located in one of the other regions of Ukraine in the regulatory field of provision of primary, specialized and highly specialized medical care for adolescents, has similar with average in Ukraine indicators characterizing social, natural, economic aspects. The aforesaid makes the Kirovograd region a valuable region for carrying out scientific research and testing of innovative organizational technologies in conditions similar to most of Ukraine's territories and allows to recommend the introduction of the experience gained in other regions of Ukraine with adaptation and taking into account their regional peculiarities.

At the *third stage* of the dissertation study, dynamics and regional features of the incidence of viral hepatitis were studied, in particular those that are transmitted parenterally (haemocontactly) in order to identify its ten-year trends and trends of formation for the period 2007-2016 among different age groups of the Ukrainian population, in particular among teenagers. On the example of the Kirovograd region, features of the disease and the organization of provision of

medical care for adolescents with parenteral viral hepatitis were studied. The obtained results became a reliable scientific basis of the argumentation of the relevance of the research and the hypothesis about the expediency of improving the organization of preventing their spread in the adolescent environment.

The purpose of the *fourth stage* of the study was to study the awareness of primary contact physicians (general practitioners of family doctors), educators (teachers and teachers) who are in regular contact with adolescents, adolescents themselves, about risk factors and ways of transmission of parenteral viral hepatitis, readiness to take part in activities from the prevention of their spread in the teenage environment. Implementation of the stated purpose of the stage required the organization and conduct of an original sociological study on the author's survey questionnaires of the main three groups of respondents (physicians, educators and adolescents). The sociological survey was conducted in three successive stages, the interview was anonymous after obtaining the prior voluntary consent of the respondents for participation in the survey, the materials of which will be used in the research. The analysis of the received initial material took place with the observance of the representativeness of the grouping of the primary material for the contingent of study (sex, age, place of residence). During the research, the confidentiality of respondents' information was fully ensured.

The implementation of the *fifth stage* of the program, which became final, provided for a scientific substantiation of an improved model for preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level, for example, in the Kirovograd region. The basis for fulfilling the tasks of the stage was the results of the preliminary stages of scientific research, world and domestic experience in the chosen direction, the main medical and social aspects, risk factors and ways of spreading the infectious process inherent in the teenage environment. Conceptual directions for improving the prevention of the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents were substantiated using systematic approach, bibliosemantic, content analysis, scientific modeling, grounded, elaborated with the introduction of the improved inter-sectoral regional functional and organizational model for preventing the spread of parenteral viral hepatitis

among adolescents in the Kirovograd region with an assessment the effectiveness of the proposed innovation. The organizational technology for improving the prevention of the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents is formulated, in which the leading role belongs to the interaction of physicians of the fever-level medical unit (general practitioner-family doctor, family pediatrician, therapist and junior medical personnel working in the subordination of the listed doctors, which among affiliated population have children of adolescence) with public health services, educators, youth and non-governmental organizations, associations work with adolescents to evaluate and monitor the emergence of risk factors for parenteral viral hepatitis. Teenagers are offered to undergo mandatory preventive and diagnostic examinations in accordance with the existing medical and technological documents, in the second stage, for the purpose of conducting preventive diagnostic examinations and examinations, the regional laboratory service is involved, in the third stage, if necessary, the counseling specialized assistance with the involvement of infectious diseases, gastroenterologists, etc. The effectiveness of the proposed approaches to improve the organization of preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level was determined by experts using a specially developed expert assessment card. In accordance with international requirements, it includes the participation of scientists, representatives of both clinical medicine and specialty of social medicine, health organizers, practitioners of primary contact physicians and family doctors who provide medical care to adolescents. The results of the expert evaluation allowed to adjust the results, to select the appropriate criteria for the effectiveness of the improved model for preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level. The elaborated scientific substantiation and results of implementation in practice were reflected in the articles published in the course of research, theses, information leaflet, as well as used in the preparation of orders and orders of the Department of Health of the Kirovohrad Regional State Administration.

The scientific novelty of the results obtained is that for the first time in Ukraine:

- an improved functional and organizational model for the prevention of the spread of parenteral viral hepatitis at the regional level (based on the example of the Kirovograd region), based on a comprehensive interdisciplinary, interdisciplinary integration of healthcare, education, culture, youth and sport in accordance with current needs and needs Adolescents with the triad combining advisory, diagnostic and informational and educational influence;

- objapecified peculiarities of the awareness of primary care physicians, educators and adolescents about the risk factors and ways of spreading parenteral viral hepatitis in the adolescent environment;

- determined the priority conceptual directions of improvement of the organization of prevention of the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level, the main of which are: active-constructive prevention, material, technical and staffing measuresforprevention of the spread of parenteral hepatitis among adolescents, development of modern principles of information and educational work, application the newest technologies of diagnosis of parenteral viral hepatitis, effective monitoring, sciences the accompaniment of the proposed innovation with the evaluation of the results.

Principles of distribution of adolescents to the risk groups of parenteral viral hepatitis, the basic basis of which are the presence of risk factors for the transmission of infections by parenteral route, followed by their diagnostic, advisory support, have been improved.

Further development of methodological approaches to the organization of cross-sectoral integration of structures related to work with adolescents to prevent the spread of parenteral viral hepatitis, further encouraging them to counseling, regular follow-up of preventive diagnostic examinations.

The practical value of the results obtained is that they have become a scientific basis for:

- development of an improved functional and organizational model for preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level with inclusion of valid positions in the Strategy of development of the Kirovohrad Oblast for the period up to 2020 (approved by the decision of the

Kirovohrad Regional Council of December 21, 2012, No. 411 and later in the editorial office decision of Kirovohrad Regional Council dated March 27, 2015 No. 716 and March 10, 2017, No. 238) and aimed at its implementation by the Program of Economic and Social Development Kirovogradsk th region;

- creation and annual approval of the implementation plan of the oblast targeted social programs "Youth Kirovograd region for 2011-2015" (approved by the decision of the session of the regional council dated 18.02.2011, number 87) and "Youth Kirovohrad region for 2016-2020 years" (approved by the decision session of the regional council dated November 18, 2016, No. 154);

- assessment of the effectiveness of implementation and effectiveness of the improved functional and organizational model for preventing the spread of parenteral viral hepatitis among adolescents at the regional level (for example, Kirovograd region).

Key words: adolescents, parenteral viral hepatitis, inter-sectoral approach, general practitioner-family doctor.

LIST OF PUBLISHED WORKS ON THE THIRD DIRECTORY

Scientific papers, in which the main results of the dissertation are published:

1. Medvedovskaya N.V. The problem of the prevalence of viral hepatitis in the current conditions of the functioning of health facilities / N.V. Medvedovskaya, VI Bugro, I.I. Kasyanenko // East European Science Journal - 2018. - No. 7 (35). - P. 10 - 17. *(the dissertation has conducted the collection, analysis of the results of the study, generalized conclusions).*

2. Medvedovskaya N.V. Regional features of the Kirovograd region population morbidity for viral hepatitis / N.V. Medvedovskaya, I.I. Kasyanenko // Ukraine. The health of the nation. - 2018 - No. 4 (52). - P. 27-32.*(the dissertation carried out the analysis and generalization of the research results, prepared the materials for printing).*

3. Shekera O.G. Experience of Intersectoral Regional Intervention for Parenteral Viral Hepatitis Prevalence among Adolescents / O.G. Shekera, N.V. Medvedovsky, I.I.Kasyanenko // Health of Society. - 2018 - №4. - P. 155-159. *(the dissertation carried out the analysis and generalization of the research results, prepared the materials for publication).*

4. Medvedovskaya N.V. Evaluation of knowledge about ways of contracting parenteral viral hepatitis in the teenage environment of teachers and teachers working with adolescents / N.V. Medvedovskaya, I.I. Kasyanenko // Ukraine. The health of the nation. - 2018 - No. 4/1 (53). - P. 84-87. *(the dissertation carried out a generalization of research results, statistical processing).*

5. Medvedovska Nataliia V. The study of regional peculiarities of parenteral viral hepatitis incidence dynamics among children as an instrument of developing complex regional social programs on prevention of its increase /Natalia V. Medvedovskaya, Valery I. Bugro, Ivan I. Kasianenko / Wiadomosci Lekarskie. - 2017. - Vol. LXXII, № 1. - P. 95 - 99. *(the dissertation carried out statistical processing and generalization of research results, prepared materials for publication).*

6. Medvedovska Natalia V. Parenteral viral hepatitis infection risk assessment by teenagers / Natalia V. Medvedovska, Valeriy I. Bugro, Ivan I. Kasianenko // Wiadomosci Lekarskie. - 2019. - Vol. LXXII, № 5. - P. 757 - 760.

(the dissertation carried out statistical processing and generalization of research results, prepared materials for publication).

Published works confirming the testing of the dissertation materials:

7. Medvedovskaya N.V. Interbranch approach to preventing the spread of parenteral viral hepatitis among children in Ukraine / N.V. Medvedovskaya, V.I. Bugro, I.I. Kasyanenko // Collection of materials of the international scientific and practical conference "Health and Environment", Minsk, Republic of Belarus, November 15-16, 2018 - P. 178-180. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

8. Bugro V.I. Modern features of the incidence of the child population for viral hepatitis / V.I. Bugro, I.I. Kasyanenko // Medical Science and Practice: Challenges of the Present: Sb. works international. Sciences-Prakt.konf., Lviv, August 24-25, 2018 - Lviv: Lviv Medical Community, 2018. - pp. 92 - 94. *(the dissertation was conducted by analyzing and generalizing the results of the study, preparing materials for publication).*

9. Medvedovskaya N.V. Growth rate of viral hepatitis as a health problem in the Kirovograd region / N.V. Medvedovskaya, V.I. Bugro, I.I. Kasyanenko // Medical Science and Practice: Topical Issues of Interaction: Collection of abstracts of scientific works of participants of the international scientific and practical conference (Kyiv, August 31 - September 1, 2018). - Kyiv: "Kyiv Medical Scientific Center", 2018. - P. 77-79. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

10. Medvedovskaya N.V. The expediency of interdisciplinary approach to early primary prophylaxis of parenteral viral hepatitis among children in the Kirovograd region / N.V. Medvedovskaya, V.I. Bugro, I.I. Kasyanenko // Priority directions of the solution of actual problems of medicine: A collection of materials of the international scientific and practical conference (Dnipro, September 7-8, 2018).- Dnepr: Organization of scientific medical research «Salutem», 2018. - P. 74-79. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

11. Medvedovskaya N.V. The incidence of infant population for viral hepatitis, modern aspects / N.V. Medvedovskaya, I.I. Kasyanenko // Patient-oriented help in

general medical practice: Sb. Works of the scientific and practical conference with international participation devoted to the 20th anniversary of UASM, Kyiv, December 04-05, 2018 / edited by LF Matyukha, L.V.Himion, O.K.Tolstanov. – Kyiv: Our Family Plus, 2019. – P. 98 - 100. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

12. Possibilities of prevention and timely diagnosis of parenteral viral hepatitis in the primary link in children and adolescents / Medvedovskaya N.V., Batsura G.V., Kasyanenko I.I., Kryzhnia O.V., Titarenko S.Yu.// Patient -oriented help in general medical practice: Sb. Works of the scientific and practical conference with international participation devoted to the 20th anniversary of UASM, Kyiv, December 04-05, 2018 / edited by LF Matyukha, L.V.Himion, O.K.Tolstanov. – Kyiv: Our Family Plus, 2019. – P. 100 - 104. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

13. Kasyanenko I. I. Features of the organization of provision of preventive and curative and diagnostic care for adolescents with parenteral viral hepatitis in the Kirovograd region / I.I. Kasyanenko // Materials of the participants in the international scientific and practical conference on "World Medicine: Contemporary Trends and Development Factors", Lviv, January 25-26, 2019, Lviv Medical Society. – 2019. – P. 99 – 102. *(the dissertation conducted the analysis and generalization of the research results, prepared materials for the publication).*

14. Medvedovskaya N.V. Awareness of family doctors on the problem of the prevalence of parenteral viral hepatitis among adolescents and readiness to implement measures to prevent them / N.V. Medvedovskaya, I.I. Kasyanenko // Medical Science and Practice of the XXI Century: A Collection of Materials for an International Scientific and Practical Conference (Kyiv, February 01-21, 2019). – Kyiv: "Kyiv Medical Scientific Center", 2019. - P. 99-103. *(the dissertation carried out the analysis and generalization of the research results, prepared materials for publication)*

Published works, which additionally reflect the scientific results of the dissertation:

15. Identification of problematic regions of Ukraine for the incidence of parenteral viral hepatitis on the basis of the dynamics of their changes and short-term predictive tendencies: information letter / Ministry of Health of Ukraine, Ukr. Center of Sciences. Med. Information and Patent License. work, National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupika, DU Ukrainian Institute of Strategic Studies, Ministry of Health of Ukraine; Authors: N.V.Medvedovskaya, O.G.Shekera, V.I. Bugro, I.I.Casianenko. – Kyiv, 2018 – №275-2018. – 6 p. (*the dissertation carried out the analysis and generalization of the research results, prepared the materials for publication*).

16. Kasyanenko I.I. Results of the study of dynamics and regional peculiarities of viral hepatitis in Ukraine / I.I. Kasyanenko, V.I. Bugro, N.V. Medvedovskaya // Materials of the participants in the scientific and practical conference with international participation "Topical issues in the field of providing comprehensive services for people with disabilities", Uzhhorod, September 19-21, 2018, Ukraine. The health of the nation. – 2018. – No. 3/1 (51). – P. 32 – 33.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	24
ВСТУП	25
РОЗДІЛ 1. Поширеність парентеральних вірусних гепатитів, їх медико-соціальні аспекти та підходи до організації попередження поширення, своєчасної діагностики	35
1.1. Поширеність вірусних гепатитів, які передаються парентеральним шляхом та їх вплив на формування показників стану здоров'я населення в різних країнах світу	35
1.2. Досвід вивчення факторів ризику, особливостей перебігу та дієвих підходів до організації своєчасного виявлення, попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів	41
1.3. Діагностика парентеральних вірусних гепатитів та заходи з попередження їх поширення	54
Висновки до розділу 1	61
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	63
Висновки до розділу 2	82
РОЗДІЛ 3. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ, ЗОКРЕМА ПАРЕНТЕРАЛЬНІ, НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТАКИХ ХВОРИМ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ В УКРАЇНІ ТА КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ	83
3.1. Регіональні особливості захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні в Україні	83
3.2. Особливості захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській області	88
3.3. Захворюваність дітей різних вікових груп на вірусні гепатити в Україні та Кіровоградській області зокрема	94
3.4. Організація надання медичної допомоги підліткам	99

Кіровоградської області з профілактики, діагностики і лікування парентеральних вірусних гепатитів	
Висновки до розділу 3	105
РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ПІДЛІТКІВ, ОСВІТЯН, МЕДИКІВ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ	108
4.1 Результати соціологічного дослідження думки сімейних лікарів щодо впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх обізнаності з цієї проблеми	108
4.2. Результати вивчення думки вчителів та викладачів щодо впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх обізнаності з цієї проблеми	119
4.3. Результати вивчення рівня знань підлітків з проблеми поширення парентеральних вірусних гепатитів	132
Висновки до розділу 4	143
РОЗДІЛ 5. ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ, З ОЦІНКОЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ)	146
5.1. Обґрунтування концептуальних напрямів удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	146
5.2. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Кіровоградській області	162

5.3. Оцінка ефективності обґрунтованого удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Кіровоградській області	176
Висновки до розділу 5	188
ВИСНОВКИ	190
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	195
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	196
ДОДАТКИ	233

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АЗП–СМ	–	амбулаторія загальної практики – сімейної медицини
ВМНЗ	–	вищий медичний навчальний заклад
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВГ	–	вірусні гепатити
ВРУ	–	Верховна Рада України
ЄС	–	Європейський Союз
ЗП–СМ	–	загальна практика – сімейна медицина
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ЗСЖ	–	здоровий спосіб життя
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
ЛЗП-СЛ	–	лікар загальної практики – сімейний лікар
ЛПЗ	–	лікувально-профілактичний заклад
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
ОМС	–	органи місцевого самоврядування
ПМД	–	первинна медична допомога
РОУОЗ	–	регіональні органи управління охороною здоров'я
СІН	–	споживачі ін'єкційних наркотиків
СЛ	–	сімейний лікар
ЦПМСД	–	центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Погіршення стану здоров'я населення, недосконалість структури та недостатність фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я, в якій, згідно Нової європейської політики «Здоров'я:2020», важливе місце має займати збереження та зміцнення здоров'я дітей та підлітків, в умовах пріоритетного надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, спонукають до зростання наукового інтересу до визначення шляхів оптимізації організації надання медичної допомоги означеному контингенту. При цьому, передусім увага повинна зосереджуватися на найбільш важливих медико-соціальних патологіях. Зростання в Україні поширеності парентеральних вірусних гепатитів, з особливостями їх перебігу та наслідків, обґрунтовує прицільну увагу до них. Стан здоров'я дітей та підлітків є індикатором розвитку суспільства, оскільки формує його інтелектуальне, виробниче, репродуктивне і культурне майбутнє. Світовий досвід переконує, що рання ініціація лібералізаційних негативних моделей поведінки дітей підліткового віку, яка за останні роки стала властивою українському суспільству, призводить до негативних медико-соціальних наслідків, як на державному, так і на індивідуальному рівнях, з розвитком відхилень психічного, соціального розвитку, зростанням поширення соціально значущих захворювань (Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко, 2015; T. Carney, B. J. Myers, J. Louw, C. I. Okwundu, 2014; J. M. Nemeth, A. E. Bonomi, B. Lu [etal.], 2016).

Розвинені країни світу розробляють та запроваджують глобальні перспективні стратегії («Цілі Сталого Розвитку», ООН, 2015), завдання яких безпосередньо стосуються медико-соціальних аспектів формування здоров'я підлітків, попередження поширення серед них соціально значущих хвороб, з акцентом на доцільності застосування інтегрованого підходу до розробки та реалізації відповідних національних, регіональних програм (ООН (ЮНІСЕФ), 2015; WHO, 2012, 2016). На сесії Всесвітньої асамблеї охорони

здоров'я (2010 р.) було прийнято рішення відмічати Всесвітній день боротьби з гепатитами, оскільки із зростанням тягаря кількості випадків, розповсюдженість вірусних гепатитів набирає ознак середньовічної епідемії. За оцінками ВООЗ їх «тиха епідемія» поступово охоплює майже половину населення земної кулі, що підкреслюється у Глобальній стратегії охорони здоров'я по вірусному гепатиту на 2016-2021 рр. (ВООЗ, 2016) та підтверджено статистикою ВООЗ (World Health Organization, UNICEF, 2011; K. Dunleavy, A. Taylor, J. Gow1 [et al.], 2014; W. D. Fisher, 2016).

Проблема поширення вірусних гепатитів, яка розвивається в світі, має значні медико-демографічні та соціально-економічні наслідки. Для України, як країни європейського регіону, актуальною є стратегія попередження поширення вірусних гепатитів, які передаються парентеральним шляхом. Для підліткової вікової групи властивими є парентеральні шляхи передачі вірусних гепатитів, що в першу чергу пов'язано із характерним для неї широким поширенням ризикованих поведінкових стереотипів.

Відсутність в Україні спеціальних наукових досліджень з розробки комплексної вітчизняної стратегії попередження розповсюдження парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків потребує наукового обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі. В її основу повинна бути закладена міждисциплінарна взаємодія з поєднанням консультативного, діагностичного й інформаційно-освітнього комплексного впливу заходів соціальної і профілактичної спрямованості на регіональному рівні. За таких умов стане можливим уникнути втрат здоров'я від поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому і молодому працездатному віці, що і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом трьох науково-дослідних робіт ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» («Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.», № державної реєстрації

0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.; «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № державної реєстрації 0115U002852, термін виконання 2015-2016 рр.; «Наукове обґрунтування формування системи забезпечення населення медичною та медико-соціальною допомогою в умовах децентралізації», № державної реєстрації 0118U001204, термін виконання 2018-2020 рр.), у підготовці яких автор, як виконавець, брав безпосередню участь.

Мета дослідження – обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Досягнення мети дослідження вимагало поетапного вирішення наступних його **завдань**:

1. Вивчити, за даними інформаційних ресурсів, сучасні медико-соціальні аспекти зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, світові та вітчизняні особливості організації попередження їх поширення.

2. Сформувати завдання та програму наукового дослідження, його методичний апарат та наукову базу.

3. Виявити особливості захворюваності на вірусні гепатити, зокрема, парентеральні, в їх регіональному аспекті та дослідити організацію надання медичної допомоги підліткам Кіровоградської області з парентеральними вірусними гепатитами.

4. Оцінити обізнаність підлітків, освітян та медиків первинного контакту, які працюють з даним контингентом, про шляхи передачі, фактори ризику, заходи з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі.

5. Науково обґрунтувати концептуальні напрями та розробити удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області) з оцінкою ефективності їх впровадження.

Науковою базою дослідження стали ЗОЗ, що надають медичну допомогу підліткам в Кіровоградській області, освітні, культурні та спортивні заклади, де займаються вихованням підлітків (ЦПМСД, СА, амбулаторно-поліклінічні заклади та відділення, вірусологічна лабораторія, центр громадського здоров'я, клініка дружня до молоді, середні школи, спеціалізовані освітні заклади, спортивні школи, обласний центр туризму, КЗ «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей Кіровоградської області», усього – 201 заклад). Для суцільного дослідження (оцінки вікових, регіональних особливостей захворюваності, поширеності парентеральних вірусних гепатитів) – усі основні адміністративно-територіальні одиниці України та Кіровоградської області.

Дослідження охоплювало 2007–2018 рр. та методично було поділено на два організаційні періоди:

- перший з них (2007-2016 рр.) був спрямований на вивчення проблеми, особливостей епідеміології вірусних гепатитів, зокрема парентеральних, рівня обізнаності лікарів загальної практики, викладачів та вчителів, підлітків про фактори ризику, можливі шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, а також усвідомлення ними загрози поширення інфекції, з'ясування їх готовності взяти участь у заходах з попередження медико-соціальних наслідків поширення парентеральних вірусних гепатитів; аналіз особливостей організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами в Кіровоградській області (I-IV етапи);

- другий (2017-2018 рр.) присвячений науковому обґрунтуванню, розробці, впровадженню елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з урахуванням результатів власного дослідження, сучасного світового досвіду та готовності зацікавлених сторін (медиків первинної ланки, освітян та підлітків) до її реалізації в підлітковому середовищі, оцінка ефективності обґрунтованих інновацій (V етап).

Об'єкт дослідження: стан організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків.

Предмет дослідження: захворюваність, поширеність вірусних гепатитів, зокрема тих, які передаються парентерально, обізнаність лікарів, освітян, підлітків з їх проблемних питань, організація надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами на регіональному рівні.

У дослідженні самостійно та в різних комбінаціях використано **методи:**

1) *системного підходу* – для вивчення, аналізу показників, що характеризують стан проблеми організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, обґрунтування підходів до її удосконалення з урахуванням виявлених медико-соціальних аспектів;

2) *бібліосемантичний* – для вивчення вітчизняного та світового контенту щодо досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми;

3) *епідеміологічний* – для вивчення регіональних, вікових особливостей захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні серед дитячого населення України, виявлення основних медико-соціальних аспектів проблеми в Кіровоградській області;

4) *соціологічний (анкетне опитування)* – для отримання інформації щодо наявності знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, освітян та медиків первинного контакту, усвідомлення особистої загрози, ставлення до осіб з діагностованим парентеральним вірусним гепатитом, а також готовності до участі в заходах з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків;

5) *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу отриманої статистичної інформації на всіх етапах дисертаційного дослідження;

6) *контент-аналізу* – для вивчення змісту діючої нормативно-правової бази щодо надання медичної допомоги підліткам з факторами ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, зокрема профілактичної діагностичної допомоги при підозрі на парентеральний вірусний гепатит;

7) *концептуального та описового моделювання* – для визначення концептуальних напрямів та представлення обґрунтованої удосконаленої

функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області);

8) *організаційного експерименту* – для підтвердження обґрунтованих напрямів та апробації інновацій із удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні;

9) *експертних оцінок* – для визначення ефективності впровадження та дієвості запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

- обґрунтовано удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області), яка ґрунтується на комплексній міжгалузевій, міждисциплінарній інтеграції закладів охорони здоров'я, освіти, культури, молоді та спорту, відповідно до сучасних запитів і потреб підлітків із тріадою поєднання консультативного, діагностичного і інформаційно-освітнього впливу;

- об'єктивізовані особливості обізнаності медиків первинного контакту, освітян і підлітків щодо факторів ризику та шляхів поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі;

- визначено пріоритетні концептуальні напрями удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, основними з яких визначено: активно-конструктивну профілактику, матеріально-технічне та кадрове забезпечення заходів, розробку сучасних принципів інформаційно-просвітницької роботи, застосування новітніх технологій діагностики парентеральних вірусних гепатитів, здійснення дієвого моніторингу, наукового супроводу запропонованих інновацій з оцінкою результатів.

Удосконалено принцип розподілу підлітків в групи ризику парентеральних вірусних гепатитів, базовою основою якого є наявність факторів ризику передачі інфекцій парентеральним шляхом із подальшим їх діагностичним, консультативним супроводом.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до організації міжгалузевої інтеграції структур, що мають відношення до роботи з підлітками задля попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, подальшого заохочення їх до консультування, регулярного проходження профілактичних діагностичних обстежень.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я підлітків, управління охороною здоров'я, зокрема удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали науковим підґрунтям для:

- розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні із включенням обґрунтованих позицій у Стратегію розвитку Кіровоградської області на період до 2020 р. (затверджену рішенням Кіровоградської обласної ради від 21 грудня 2012 р. № 411 і пізніше у редакції рішення Кіровоградської обласної ради від 27 березня 2015 р. № 716 та від 10 березня 2017 р. № 238) та направлену на її виконання Програму економічного і соціального розвитку Кіровоградської області;

- створення із щорічним затвердженням плану виконання Обласних цільових соціальних програм «Молодь Кіровоградщини на 2011-2015 рр.» та «Молодь Кіровоградщини на 2016-2020 рр.»;

- оцінки ефективності впровадження та дієвості удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

Впровадження одержаних результатів в практику проведено на етапах виконання дослідження:

На галузевому рівні:

- при розробці інформаційного листа «Визначення проблемних регіонів України за захворюваністю на парентеральні вірусні гепатити на основі динаміки їх змін та короткострокових прогнозних тенденцій: інформаційний лист / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України; уклад.: Н.В. Медведовська, О.Г. Шекера, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко. — Київ, 2018. — №275-2018. — 6 с.; пропозиція включена до переліку наукової (науково-технічної) продукції (2018 р.), призначеної для впровадження досліджень медичної науки у сферу охорони здоров'я згідно спільного наказу МОЗ та НАМН України від 13.11.2013 р. № 969/97.

- результати використовуються в навчальному процесі ВМНЗ України, що підтверджено актами впровадження.

На регіональному рівні:

- використання матеріалів дослідження для обґрунтування Стратегії розвитку Кіровоградської області на період до 2020 р. та направлених на її реалізацію регіональній Програмі економічного і соціального розвитку Кіровоградської області;

- використання матеріалів дослідження для обґрунтування та наукового супроводу обласних цільових соціальних програм «Молодь Кіровоградщини на 2011-2015 рр.» (затверджена рішенням сесії обласної ради від 18.02.2011 р. № 87) та «Молодь Кіровоградщини на 2016-2020 рр.» (затверджена рішенням сесії обласної ради від 18.11.2016 р. № 154).

- запровадження окремих інновацій удосконалення організації попередження поширення парентерального вірусного гепатиту серед підлітків в лікувально-профілактичний процес та діяльність ЗОЗ Кіровоградської області, що підтверджено актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Автором здійснено інформаційний пошук, проведено аналіз літератури з проблеми, розроблено програму дисертаційного дослідження, визначені його мета, об'єкт, предмет та завдання, методологічні основи та методичні підходи до їх вирішення, обрано наукову базу дослідження, здійснено збір та викопіювання первинної медичної документації, статистично опрацьовано матеріали з використанням пакету статистичного аналізу Microsoft Excel за допомогою програми Statistika-8, проведено систематизацію та наукову інтерпретацію отриманих результатів, що характеризують регіональні особливості динаміки захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, серед населення, в т.ч. підлітків та дітей різного віку. Сплановано та проведено соціологічні дослідження серед вчителів, викладачів, підлітків та їх родин, лікарів первинного контакту з метою з'ясування наявності у них знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, усвідомлення особистої загрози інфікування та готовності підтримати заходи з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, узагальнено отримані результати опитування. Автором запропоновано пріоритетні концептуальні напрями удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні. Узагальнено результати та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Ідеї та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися. Особисто дисертантом сформовано положення, висновки та запропоновано практичні рекомендації.

Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використовувалися.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертації доповідалися та були обговорені на науково-практичних конференціях різних рівнів:

а) *на міжнародному*: міжнародная научно-практическая конференция «Здоровье и окружающая среда» (Республіка Беларусь, м. Мінськ, 15-16 листопада 2018 р.); міжнародна науково-практична конференція «Медична наука та практика: виклики сьогодення» (м. Львів, 24-25 серпня 2018 р.); міжнародна науково-практична конференція «Медична наука та практика: актуальні питання взаємодії» (м. Київ, 31 серпня – 1 вересня 2018 р.); міжнародна науково-практична конференція «Пріоритетні напрями вирішення актуальних проблем медицини» (м. Дніпро, 7-8 вересня 2018 р.);

б) *на національному*: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання у сфері надання комплексних послуг особам з інвалідністю» (м. Ужгород, 19-21 вересня 2018 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці» (м. Київ, 04-05 грудня 2018 р.).

Публікації. Результати дисертації висвітлено в 16 наукових працях, у т.ч. у 6 статтях, з яких 3 – опубліковані у фахових виданнях, рекомендованих Міністерством освіти і науки України, 3 - в закордонних виданнях (у т.ч. 2 публікації у виданнях Scopus), 9 публікаціях в інших виданнях, 1-му інформаційному листі.

Структура та обсяг роботи. Дисертація викладена на 268 сторінках (основного тексту 150 сторінок, ілюстрована 19 рисунками, 9 таблицями, містить 4 додатки). Складається зі вступу, п'яти розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який включає 311 джерел, у т.ч. 257 латиницею.

РОЗДІЛ 1

ПОШИРЕНІСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ, ЇХ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ТА ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ, СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ

1.1. Поширеність вірусних гепатитів, які передаються парентеральним шляхом, та їх вплив на формування показників стану здоров'я населення в різних країнах світу

За оцінками ВООЗ «тиха епідемія» вірусних гепатитів поступово охоплює майже половину населення земної кулі. Парентеральні гепатити – це група захворювань печінки, етіологічною причиною яких є віруси, передача яких здійснюється парентерально (гемоконтактно). Відомими та найбільш вивченими на сьогодні гепатотропними вірусами, які викликають розвиток запалення в печінковій паренхімі та передаються парентерально (через кров та інші рідкі середовища організму) є В, D, С, G, ТТ, Е [48, 96, 157, 158, 308, 310]. Офіційна статистика ВООЗ засвідчує, що глобальний тягар зростання кількості випадків вірусних гепатитів, їх стрімке поширення властиве для більшості країн світу, які налагодили державний моніторинг захворюваності на вірусні гепатити, засвідчує світовий масштаб сформованих тенденцій [35, 50, 305, 309].

Питома вага вірусних гепатитів в структурі інфекційної захворюваності в різних країнах світу сягає до 18,0 %, що зумовлює до 14,0 % ураження дітей та 10,0 % смертності від інфекційних хвороб в цілому. Медико-економічні збитки від захворюваності на ВГ складають майже половину (47,0 %) сукупних витрат від інфекційних хвороб в цілому. Клінічний перебіг вірусних гепатитів, особливо тих, які передаються парентеральним шляхом, має унікальні особливості безсимптомного початку захворювання, тривалий його перебіг, часто в

субклінічній формі, а отже, більшість пацієнтів (навіть до 80,0 %) не інформовані про своє інфікування [153, 233, 235, 291].

Щорічно вірусними гепатитами інфікується близько 500 млн. осіб [288], хоч моніторинг поширеності вірусного гепатиту В та С ведеться не у всіх країнах. За результатами наявних моніторингових систем, переважно в розвинених країнах світу, на планеті проживає більше 2-х мільярдів людей, інфікованих вірусом гепатиту В. За даними різних наукових досліджень, хронічну форму інфекційного гепатиту В мають від 257 до 350 млн. пацієнтів, ще близько 71 млн. осіб мають хронічний гепатит С, продовжуючи бути носіями інфекції [86, 289]. Вірусом гепатиту В щорічно в світі інфікується біля 50 млн. осіб, та помирає від 1 до 2 млн. осіб [151, 162, 311]. Ситуація погіршується оскільки ще 350 тис. осіб кожен рік вмирає від захворювань печінки, пов'язаних з вірусним гепатитом С [307], щорічно інфікується 3-4 млн. осіб. За оцінками різних дослідників, які порівнюють поширеність вірусного гепатиту С в світі (інфіковано 130-170 млн.), з кількістю ВІЛ-інфікованих (35-37 млн.), усвідомленою стає значна загроза поширення саме парентеральних вірусних гепатитів [2, 18, 45, 54, 167].

В світі гепатит В, зокрема, вважають захворюванням, яке асоційоване з поганими соціальними та економічними умовами життя населення. В заможних країнах, таких як США, Канада, країни Західної Європи, Австралія, Нова Зеландія HBsAg діагностують лише у 0,1–2,0 % населення, саме така частота показника вказує на відносно низьку розповсюдженість HBV-інфекції. Аналогічно низькою є її поширеність в Північній Америці, Європі (менше 2,0 %), де переважає статевий шлях передачі вірусних гепатитів, такийже він є і в Австралії [119, 131, 149, 181, 213, 269, 300, 302, 310].

Для країн Центральної Азії, Середземномор'я, Японії, Близького Сходу, Південної Америки, більшості штатів Центральної Америки характерною є проміжна поширеність HBV-інфекції (2,1–7,9 %) [131].

Середньою (2,0 – 7,0 %) поширеність вірусного гепатиту С виявлена на території країн СНД [6, 20, 28, 139, 168, 270, 304].

Високі рівні поширеності HBV-інфекції виявлені в Китаї, Південно-Східній частині Азії, Африці, де від 10–20 % осіб мають HBsAg [116, 166, 194, 211, 228, 231, 244, 304].

До країн з високим рівнем поширеності HBV-інфекції віднесені країни Азії, Південно-Східної Америки (8,0 – 20,0 %), в яких вірусний гепатит передається переважно через вертикальний шлях передачі інфекції. В свою чергу, щорічно у кожного десятого мешканця Центральної Азії, який захворів вперше (10,0 %), вірус гепатиту В (HBV) викликає хворобу із хронічним перебігом та високим ризиком розвитку цирозу та(або) раку печінки [5, 47, 54, 201, 231, 287, 309].

Із впровадженням програм вакцинопрофілактики в більшості розвинених країн світу захворюваність, зокрема, на вірусний гепатит В знизилася, зростає поширеність вірусного гепатиту С [31, 182, 294], який відомий своєю генетичною мінливістю (його присутність в організмі людини може налічувати близько 40 підвидів вірусу) [68, 72] та здатністю провокувати розвиток раку і цирозу печінки [248]. У кількох ретроспективних і проспективних дослідженнях було встановлено, що після попадання вірусу гепатиту С в печінку через 8-10 років в ній розвивається цироз, а в середньому через 28 років – рак печінки. Європейськими дослідженнями доведено, що поширеність у хворих на гепатит С раку печінки на фоні цирозу становить 1,4 – 2,5 %. Щорічно захворюваність на гепатит С зростає, близько 40,0 % серед причин інфікування становить наркоманія [5, 70, 114, 227, 246, 284, 304].

Найвищий рівень інфікування виявлено в Єгипті (20–22 % мають серологічні ознаки вірусного гепатиту С), де більшості населення ця інфекція була занесена під час масової кампанії парентеральної терапії шистосоматозу при порушенні правил стерилізації й дезінфекції інструментів та обладнання в лікувальних закладах, особливо при

проведенні ін'єкцій. Прикладом подібної ситуації стали наслідки масового проведення ін'єкцій специфічного протиправцевого імуноглобуліну у Франції та анти-D імуноглобуліну в Ірландії, що також призвели до масового зараження людей, хоча останні не відносяться до країн з найвищим рівнем поширеності гепатиту С [55, 92, 95, 158, 232, 247, 252].

За оцінками Global Burden of Diseases, найбільша кількість (понад 50 млн.) інфікованих HCV осіб проживає на Півдні та Сході Азії, у Південно-Східній Азії ще понад 10 млн. інфікованих HBV осіб. У Північній Африці та на Середньому Сході налічується більше 15 млн, [142, 149, 160]. Серологічні ознаки гепатиту С має 12 % населення на Середньому Сході, до 4 % у Камбоджі; 0,3 % у Новій Зеландії [166, 305]. В країнах Європейського регіону частота виявлення антитіл до HCV (анти-HCV) коливається в межах 0,4–5,2 %. При цьому, найнижчі показники характерні для Скандинавських країн, Австрії та Нідерландів (до 0,5 %), до 1,0%, – в Німеччині, Франції, Угорщині, Чеській Республіці, Португалії, Словенії, Іспанії, Нідерландах, Швеції, Великобританії [132, 214, 229, 259]. Для Італії, Сербії, Боснії, Росії, Азербайджану, Казахстану, Косово характерні середні показники (1 – 4%). Високий їх рівень (більше 3 %) виявлений в Італії, Греції, Болгарії, Румунії, з найвищими значеннями серед населення Грузії (6,7 %) [118, 133, 135, 166, 171, 242, 282, 285].

Вірус гепатиту С (HCV) щорічно вражає до 4 млн. американців, у США маркери інфікування HCV знаходять приблизно у 1,8 % населення. У більшості (85,0 %) випадків захворювання має хронічну форму та є однією із основних причин трансплантації печінки у США. Основним шляхом поширення вірусу гепатиту С (HCV) залишається контакт з кров'ю та її продуктами [5, 67, 87, 237, 253, 290, 303].

В розвинених країнах світу інтенсивність епідемічного процесу поширення вірусного гепатиту С визначається переважно частотою інфікування ним при вживанні наркотичних речовин, на частку цього шляху передачі припадає до 60,0 % усіх випадків захворювання [152, 172, 193, 243,

305]. Серед споживачів ін'єкційних наркотиків частота виявлення HCV, за даними з країн Західної Європи, коливається від 5,3 до 90,0 % [83, 96, 111, 116, 172, 204, 249], для України цей показник становить 40 – 90 % [6, 42, 44, 48].

Якщо порівнювати шляхи передачі інфекції при парентеральних вірусних гепатитах В та С, варто зазначити, що для вірусного гепатиту В більше властиві природні шляхи передачі інфекції. І навпаки, ризик перинатальної передачі HCV коливається в межах від 0–5 до 12 %. Лише при високій віремії у матері, наявності у неї одночасно інфекції, поєднаної з ВІЛ, ризик збільшується до 29–35 %, зростає ризик інфікування новонародженого в пологах (в 3,2 разу) природнім шляхом [51, 170, 188, 221, 271, 301]. Відносно невеликою (до 0,6 % на рік) є питова вага статевого шляху передачі HCV, зростає вона за наявності супутніх факторів (інфекції, що передаються статевим шляхом, наркоманія, інші інфекційні хвороби), які доведено підвищують ризик сексуальної трансмісії [82, 113, 147, 225, 264].

В переважній більшості публікацій науковців з європейських країн, Австралії, США, Азії поширення вірусного гепатиту С здебільшого розглядається як ко-інфекція у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом. За різними науковими джерелами від 17,8 % до 25,9 % пацієнтів з ВІЛ/СНІДом одночасно інфіковані HCV [60, 81, 154, 180, 181, 240, 255, 303].

Донедавна Україна була віднесена до країн з проміжними рівнями поширеності HBV та HCV інфекції серед населення з започаткованими тенденціями до її зменшення. При реєстрації захворюваності на парентеральні вірусні гепатити в Україні ведуть облік як гострих, так і хронічних форм гепатиту В і С. Разом з тим, показник захворюваності на вірусні гепатити, що передаються парентеральним шляхом, суттєво різниться в розрізі регіонів і залежно від груп обстежуваних осіб (донорів, вагітних, тощо). За даними вітчизняних дослідників [23, 42, 44, 48] частота виявлення HBsAg у донорів крові та вагітних у 2007 – 2012 рр. в середньому складала 1,4 та 1,3 %, анти-HBV – 12,9 та 15,3 %, анти-HCV – 1,3 та 2,0 % відповідно, з помірною тенденцією до поступового зменшення (рис. 1.1).

В той же час, через прихований перебіг захворювання, переважають хронічні форми гепатиту С, більшість випадків реєструється на стадії цирозу або раку печінки, а тому цифри захворюваності невідображають істинної картини поширеності парентеральних (гемоконтактних) інфекційних гепатитів серед населення України [5, 23, 28, 42].

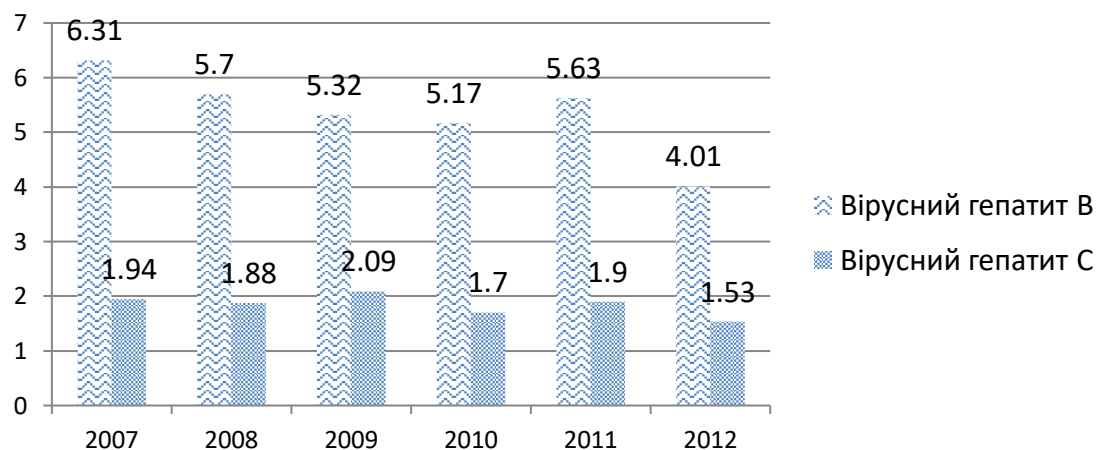


Рис. 1.1. Зміни показника захворюваності на гострі форми гепатитів В і С в Україні в динаміці за 2007–2012 рр. (на 100 тис. населення)

Нажаль, Україна не віднесена до країн з широким запровадженням діючих профілактичних стратегій, зокрема технологій профілактики в середовищі високого ризику, що передбачає формування та медико-профілактичний нагляд за групами ризику передачі HBV та HCV інфекції вертикальним, горизонтальним шляхами, при контакті з біологічними рідинами інфікованих осіб. Потребує посилення вакцинопрофілактика вірусного гепатиту В у новонароджених та дітей раннього віку [6, 20, 26, 32, 35, 119, 271]. Зростання поширеності гемоконтактних (парентеральних) вірусних гепатитів (щорічно інфікується близько 50 млн. осіб), безсимптомність їх перебігу (більшість від 40,0 % до 80,0 % пацієнтів не знали, що хворіють), схильність до хронічного перебігу захворювання (в світі живе більше 250 млн. осіб з хронічним гепатитом В, і ще 71 млн. осіб з хронічним гепатитом С) з суттєвими показниками смертності (від наслідків хронічного вірусного гепатиту помирає до 2 млн. осіб щорічно),

надає проблемі їх поширення у вигляді «тихої епідемії», актуальності світового значення.

1.2. Досвід вивчення факторів ризику, особливостей перебігу та дієвих підходів до організації своєчасного виявлення, попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів

У пацієнта з вірусним гепатитом, яким він заразився парентеральним шляхом (гемоконтактно), вірус знаходиться практично у всіх рідинах організму. ДНК HBV знайдено в слині, сечі, рідині носоглотки, спермі, цервіковагінальній рідині, слюзі [143, 159, 178]. РНК HCV, крім крові, знайдене в слині [103], жовчі, поті, сім'яній рідині [195], цервіковагінальному секреті у жінок, інфекційний потенціал якого зростає під час місячних [85, 226]; описано випадки, коли потрапляння крові на ушкоджену шкіру викликало передачу HCV медичному працівникові [198]. Зростає ймовірність зараження здорової людини при контакті її шкірних покривів (за наявності мікроскопічних травм), раневих поверхонь (при екземі, екземоподібному дерматиті тощо) із рідинами інфікованого організму, або ж при їх потрапленні на кон'юнктиву ока чи інші слизові оболонки. Не дивлячись на те, що у 1 мл крові хворого на вірусний гепатит В міститься висока концентрація HBV (108–112 «інфекційних доз»), в 1 мл плазми інфікованого HCV, – 104–106 «інфекційних доз», процес зараження залежить від ряду факторів, а саме: біологічних властивостей збудника; концентрації (دوزи) збудника; властивостей організму, в який попала ця інфекція [6, 9, 35, 183].

Після попадання гепатотропних вірусів В, D, С в організм здорової людини розпочинається інкубаційний період. При вірусному гепатиті С він складає від 3-х тижнів до 3-х місяців, при вірусному гепатиті В від 1-го до 6 або навіть 12 місяців, для вірусного гепатиту D – лише 2-3 тижні, при тому, що вірус гепатиту D може розвиватися тільки в організмі людини з вірусним

гепатитом В. Тим не менше, в середині інкубаційного періоду пацієнт з вірусним гепатитом вже може передавати інфекцію іншим людям (є заразним з епідеміологічної точки зору), навіть не знаючи про це [42, 101, 134, 173].

Після завершення інкубаційного періоду виникає власне гострий вірусний гепатит, якому притаманний стадійний перебіг: продромальний (дожовтяничний) період з тривалістю 7-10 днів; жовтяничний період до 6-ти місяців. Протягом всього продромального періоду пацієнти можуть передавати інфекцію іншим людям (є заразні). Ознаками продромального періоду є: астенизація; підвищення температури тіла; болі, важкість, дискомфорт в правому підребер'ї; тошнота; відсутність апетиту; болі в крупних суглобах в стані спокою; висипання на шкірі, які супроводжуються вираженим свербінням. Жовтяничний період проявляється появою темної сечі, знебарвленням калу, зміною кольору склер, слизових і шкірних покривів [44, 46].

Період розпалу хвороби у випадку розвитку вірусного гепатиту С може мати жовтяничну і безжовтяничну форми (в співвідношенні 1:4), протягом всього періоду людина заразна. Жовтянична форма спостерігається лише у кожного п'ятого (20 %), у переважної більшості розвивається хронічна форма гепатиту С. Гостра фаза вірусного гепатиту в середньому триває від 2-3 тижнів до 6-ти місяців. Її наслідком може стати одужання (розрахункові дані щодо рівня спонтанного кліренсу вірусу коливаються в межах від 10 до 25 %) [54, 141], проте у більшій половини (70-85 %) осіб спостерігають стійку тривалу віремію, з наявністю збудника в тканинах організму [55], з розвитком хронічного гепатиту С, формуванням фіброзу, цирозу, а іноді й гепатоцилюлярної карциноми (раку) печінки. Фіброз та(або) цироз печінки, який протягом 10–30 і більше років розвивається в 20–30 % інфікованих HCV осіб, до 15 % випадків має декомпенсований перебіг, що дає підстави для проведення трансплантації печінки [5, 55–58, 126, 222].

Наступний період реконвалесценції є часом, за який хвора людина може повністю позбавитися від вірусу. В випадку хронічного перебігу захворювання, цей період відкладається на невідомий час. Частота хронізації при гепатиті С і D складає більше 80,0 %, при гепатиті В – лише 5,0-10,0 %. Приблизно в 20 % випадків хронічний гепатит С дебютує саме позапечінковими проявами [3, 23, 25, 55, 60–62].

Збудник гепатиту С є складним вірусом з гетерогенним геномом танестабільною структурою[32 – 39, 219]. При тому, що збудник гепатиту С чутливий до ультрафіолетового проміння, хлороформу, формаліну (розчин 1:1000 інактивує вірус за 96 год при 37 С) та може бути інактивованим при температурі за 100 °С протягом 2 хв., у висушеній плазмі HCV зберігає свою інфекційну активність при кімнатній температурі до 16 годин [43, 169, 172, 195, 198, 215, 220, 284], зберігає життєдіяльність у шприці великого об'єму зі змінною голкою до 63 днів, в інсуліновому шприці малого об'єму з постійною голкою до 7 днів [44, 283]. Вірусна продукція HCV становить більше 1000 синтезованих віріонів за добу з коротким періодом їх напіврозпаду до 3 год [46]. У патогенезі HCV-інфекції виділяють: пряму цитопатичну дію вірусу на гепатоцити, що призводить до цитолізу інфікованих клітин; імуноопосередковане ушкодження печінки й аутоімунні процеси [47 – 49, 141].

Вірус гепатиту В представляє собою ДНК-вмістний вірус із сімейства гепадновірусів. HBsAg – відповідає за імуногенність вірусу, при тому, що вірус гепатиту В є досить стійким (при температурі – 20°C зберігається 10 – 20 років, не інактивується при багаторазових заморозках, розморозках і відтаюванні, витримує 10-ти хвилинне кип'ятіння, є стійким до протеолітичних ферментів, органічних розчинників), зруйнувати його можна при тривалій (2-х годинній) обробці 3-5 % розчином хлораміну, 6 % перекисом водню – протягом години, 1,5 % розчином формаліну – протягом семи діб, а також при стерилізації сухим жаром (160–180 °С не менше 1 год), автоклавуванні (120 °С протягом 45 хв). Гепатотропність

HBV забезпечується наявністю на зовнішній оболонці збудника HBsAg з рецептором для прикріплення до гепатоцитів (гепатотропність HBV) [19-21, 26, 202]. Під впливом різних факторів вірус гепатиту В утворює мутантні штами, тому його вважають наймінливішим з-поміж усіх ДНК-вмісних вірусів [163]. Тривалість розпаду віріонів при експериментальному гострому гепатиті В складає 3,8 години, а при хронічному гепатиті В, – 4,4 години. Таке швидке оновлення віріонів у крові пацієнта сприяє ще більшій мутації вірусу [202].

В порівнянні з вірусним гепатитом В, гепатит С має легший клінічний перебіг, йому більше властиві латентні, безсимптомні форми хвороби, але ризик розвитку фіброзу, цирозу і раку печінки у його реконвалесцентів в 4-ри рази вищий, ніж після вірусного В. Саме за цю властивість вірусний гепатит С отримав ще одну назву «ласкавий вбивця» [5, 126, 222].

Між віком інфікованої HBV людини і клінічними проявами гепатиту існує прямий кореляційний зв'язок. Так, у більшості (90–95 %) дітей захворювання на гострий гепатит В має безсимптомний перебіг, часто розвивається хронічне вірусоносійство (70–90 %), хронічний гепатит В (у 30–50 %). У новонароджених з HBsAg від інфікованих матерів, ризик розвитку хронічної інфекції сягає 90 %. Ймовірність розвитку хронічного гепатиту В сягає 77 %, якщо зараження дитини відбулося в віці від 1 до 10 років [29–31, 183]. Незважаючи на те, що вірусний гепатит В і С передаються однаковими шляхами, в країнах Західної Європи переважає статевий шлях передачі, відсоток якого доведено зростає з роками, наступним за значимістю залишається ін'єкційне введення наркотиків [119, 150, 152, 166, 183, 243, 257, 305]. В розвинених країнах близько 50–60 % випадків інфікування парентеральним (гемоконтактними) вірусними гепатитами, асоційовані з сексуальними контактами інфікованих осіб, а тому обґрунтованим є включення до груп ризику цих заворювань, осіб із численними венеричними хворобами (ІПСШ), неупорядкованими сексуальними зв'язками, гомосексуалістів, робітників комерційного сексу, тощо [236].

Навіть для країн з низьким рівнем розповсюдження вірусних гепатитів характерним є переважно статевий шлях передачі HBV. Наприклад, в США близько 1 % пацієнтів клінік для хворих на ПСШ щорічно інфікуються HBV, приблизно в кожного п'ятого (18 %) сексуального партнера таких пацієнтів також виявляється HBV-інфікування. Статевий шлях передачі збудника в Японії становить 68 %, у Російській Федерації – 40–45 % [31], в Україні – 34,1–45,9 % [23, 37, 187, 237, 303].

В багатьох країнах світу значний відсоток статевому шляху передачі HBV конкурує із все ще високим відсотком ін'єкційного шляху передачі інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) [174, 257]. Так, серопревалентність вірусного гепатиту В серед СІН у країнах Північної Америки та Західної Європи варіює від 20 % до 95 %, в Україні – в межах 30–70 % [7, 42, 114, 152, 254, 303]. Для країн з високим рівнем розповсюдженості HBV-інфекції характерними є вертикальний та горизонтальний шляхи передачі [117].

При високому вірусному навантаженні ризик зараження новонародженого коливається в межах 70–90 %, у близько 90 % з них в подальшому виникне хронічне ураження печінкової паренхіми у випадку народження від HBeAg-негативної матері, ризик перинатальної трансмісії оцінюється від 10 % до 40 %, а формування хронічного гепатиту В спостерігається в 40–70 %, сприяють цьому супутні інфекційні хвороби вагітної [51, 119, 162, 271, 301].

Передача HBV від матері до дитини (вертикальна трансмісія) може відбуватися трансплацентарно (5–10 % випадків), інфікування переважно відбувається в пологах (до 90 %), особливо після ускладнених пологів, які супроводжувалися значними крововиливами, крововтратою [119]. Також високим залишається ризик передачі інфекції під час грудного вигодовування та в процесі догляду за новонародженою дитиною HBsAg-позитивною матір'ю, особливо в разі відсутності необхідної вакцинопрофілактики в перші години від народження [162, 238].

У країнах з високим рівнем розповсюдженості вірусного гепатиту В передачі інфекції дітям відбувається через спільний побут (горизонтальний шлях). За результатами проведених в цих країнах досліджень (зокрема в Туреччині), більшість (61 %) дітей, які проживали протягом трьох років у родині, де один з батьків був хворим або носієм збудника гепатиту В, стали інфікованими HBV [163, 234, 272].

Для територій із середнім рівнем поширеності вірусу гепатиту В (від 1 до 7 %) більше властиві комбіновані шляхи зараження. В першу чергу це Південно-Східна Європа, Центральна, Південна Америка, країни СНД, де прижиттєвий ризик зараження в залежності від регіональних особливостей складає від 20,0 до 60,0 % [166, 184, 185, 224, 254, 277]. Для країн з середньою ендемічністю вірусного гепатиту В, до яких віднесена і Україна, серед штучних шляхів передачі інфекції важливими стають немедичні маніпуляції, що здійснюються без дотримання правил асептики, антисептики, належної дезінфекції та стерилізації інструментів: татування, пірсинг, епіляція, голколікування, акупунктура тощо [71, 165, 278].

За даними Nagan H., Campbell J., Thiede H. та Lin S. Y [258], які проводили скринінг на виявлення вірусного гепатиту В, більшість інфікованих не знали про своє захворювання (гепатит В 65,0 %; С 75,0 %) [165, 186], що підкреслює актуальність пошуку шляхів попередження поширення інфікування парентеральними вірусними гепатитами не тільки в розвинених країнах світу. Особливо високим є ризик інфікування парентеральним вірусними гепатитами у осіб, які практикують небезпечний секс, внутрівнене вживання наркотиків, представляють сферу комерційних сексуальних послуг та для осіб, професійні обов'язки яких пов'язані із контактом з кров'ю, слиною, спермою, жовчю та іншими рідинами організму [13, 90, 142, 161, 275, 307]. До останніх, нажаль, відносяться медичні працівники, співробітники служби невідкладної медичної допомоги, служби крові, гемодіалізу [1, 13, 58, 175, 250, 251, 309].

За даними російських науковців, у структурі професійних захворювань медичних працівників на парентеральні вірусні гепатити припадає до 16 % [17]. За результатами регулярних обстежень медичних працівників з'ясовано, що майже 40 % з них мають серологічні ознаки вірусного гепатиту, у них частіше розвиваються поєднані форми вірусного гепатиту (В та С), наявне професійне або токсико-алергічне ураження печінки (медикаментозної, хімічної природи); частіший розвиток печінкової недостатності, резистентності до терапії [15 – 17, 19, 66].

Результати наукових досліджень доводять наявність високого ризику зараження медперсоналу при контакті з ймовірно контамінованим матеріалом (82,8 %), з них більшість (73,6 %) пов'язані з ін'єкціями. Часто (73,3 % виробничих нестандартних ситуацій) ризик зумовлений потраплянням біологічних рідин пацієнта на шкіру та слизові оболонки медичного персоналу, 15 % якого не використовують індивідуальні засоби захисту, такі як медичні рукавички [27, 65, 145, 176, 200].

Численними дослідженнями доводиться наявність найвищого ризику зараження парентеральним шляхом вірусними гепатитами саме маніпуляційних і хірургічних медичних сестер, лаборантів [74, 196, 279]. В окремих з них обґрунтовується доцільність проведення вакцинації категоріям з групи ризику по інфікуванню вірусними гепатитами В і С. В медичних закладах порушуються питання доцільності запровадження регулярних обстежень медичного персоналу, включаючи лабораторні методи діагностики, задля унеможливлення поширення вірусних гепатитів, як внутрішньолікарняних інфекцій [73, 76, 89, 117, 298]. Канадські науковці встановили, що медичні сестри мають більшу ймовірність отримати травми голкою шприца, роблячи ін'єкції біля ліжка пацієнта (51,3 %), ще частіше – під час розбору та утилізації шприців, надяганні ковпачка на використану голку [206, 297].

Поширеність парентеральних гепатитів серед медичного персоналу зростає. Серед шляхів передачі збудника переважають: ін'єкції (22,9–

29,5 %); забори крові (20,8–26,8 %); оперативні втручання (21,0–25,0 %); переливання крові (16,0–22,9 %); гінекологічні маніпуляції (до 6,3 %); ендоскопічні дослідження (0,1–4,0 %); стоматологічні процедури (2,1–3,6 %); проведення гемодіалізу (до 1,8 %). Найвищим ризик інфікування медиків залишається при: взятті крові, виконанні ін'єкцій, перев'язках та обробках ран, при пологах, стоматологічних процедурах [11, 75, 78, 91, 107, 197, 199, 292]. Високим він є для медиків станції швидкої медичної допомоги, патолого-анатомічних, лабораторних діагностичних відділень [4, 77, 84]. За оцінками фахівців ВООЗ, на медиків у світі щороку припадає близько 3 млн. випадків експозицій біологічними субстратами хворих, більшість яких (90 %) реєструється у країнах з обмеженими ресурсами охорони здоров'я [8, 79, 80, 88, 98, 137, 239].

За даними ВООЗ у світі на одну людину на рік припадає 3,4 ін'єкції, третина з яких є надмірною, при тому, що саме такий шлях передачі інфекції є причиною 32 % нових випадків HBV-інфекції у світі [97, 193].

Оперативні втручання також представляють відносний ризик внутрішньолікарняного HBV інфікування пацієнтів [99], який за даними вітчизняних науковців [14, 22] складає від 1,1 % до 26,3 % (у відділеннях абдомінальної хірургії – 2,0 – 7,5 %, щелепно-лицевої хірургії – 1,6 – 4,5 %, хірургічної гінекології – 1,2 – 5,5 %), високим відносний ризик передачі HCV інфекції виявився при акушерсько-гінекологічних (5,6 – 26,3 %), абдомінальних хірургічних (3,2 – 14,9 %), офтальмологічних (1,1 – 23,2 %) оперативних втручаннях [14, 22].

Дослідженнями, проведеними в Україні [22], було показано, що випадкові травмування протягом шести місяців спостереження отримували 98,5 % медичних працівників, з них ін'єкційною голкою або іншими гострими інструментами - 50,9 %, порізи – 39,9 %, інші пошкодження – 9,2 %. Ці дані узгоджуються з матеріалами досліджень [99, 129, 273] науковців інших країн, які описують доведений ризик інфікування парентеральними вірусними гепатитами у лікарів анестезіологів,

патологоанатомів, хірургів, травматологів, урологів, акушерів-гінекологів, через уколи, порізи, що траплялися при наданні екстреної медичної допомоги та інших інвазивних втручаннях [128, 203, 218]. За даними E. S. Weiss і співавт., необхідно бути особливо настороженим, так як через зростаюче поширення парентеральних інфекцій, майже третина пацієнтів (від 20 до 38 %), будучи інфікованими ВІЛ, HBV або HCV, потребують проведення хірургічних процедур лікувальних маніпуляцій [164, 180, 230, 295, 296].

Британські фахівці з Gastroenterology Unit Gartnavel General Hospital (Глазго), оприлюднили результати, за якими при реплікативній стадії гепатиту В у пацієнта, ймовірність захворіти на нього невакцинованому хірургу при ушкодженні шкірних покривів під час операції зростає в 5–10 разів [115, 193].

Доведеним є ризик зараження при проведенні найпоширеніших стоматологічних маніпуляцій (лікування пародонтозу, екстракція зубів, примірювання мостів, протезування та ін) [212]. Канадськими фахівцями описано, що більшість травм отримували жінки (голкою шприца – 87 %, шовною голкою – 23 %, стоматологічними інструментами – 9 %) [265]. Професійний ризик інфікування стоматологів парентеральними вірусними гепатитами складає 1,8 % [10, 311].

Описано можливість зараження медичного персоналу, який надає первинну медичну допомогу, зокрема при проведенні «малих» оперативних втручань в амбулаторних умовах [1, 53, 59, 100, 125], голковколуювання, внутрішньовенної лазерної терапії, гірудотерапії, проведення яких не передбачає госпіталізації, а отже, можуть відбуватися порушення правил асептики/антисептики [130]. Широкого обговорення в науковій літературі, з точки зору поширення парентеральних вірусних гепатитів, набуло питання безпеки надання медичних послуг пацієнтам на дому [207, 210, 267, 268]. За даними японських дослідників з Департаменту оцінки ризику (Department of Hazard Assessment) та Національного інституту професійного здоров'я (National Institute of Industrial Health) в Кореї, медичні сестри найчастіше травмувалися голками шприца (67,3%), на другому місці –

забруднення шкіри й слизових оболонок кров'ю (31,4 %). При цьому, понад 20 % постраждалих не користувались засобами індивідуального захисту навіть при їх наявності [8,24, 63, 196, 262, 266].

Аналогічні результати були отримані вітчизняними дослідниками у м. Києві, за якими встановлено, що частота уколів голками та іншими гострими інструментами у молодшого персоналу з медичною освітою (62,1 % та 20,7 % відповідно) була в три рази вищою, ніж у співробітників молодшої та допоміжної ланок, а частота порізів – у 2,1 разу (52,1 % проти 24,5 % відповідно) [22]. Описано безліч прикладів в США, Греції, Непалу, які засвідчують наявність небезпеки та реєструють випадки потрапляння біологічних рідин пацієнтів на шкіру й слизові оболонки персоналу середньої медичної ланки [124, 240, 273].

За прогнозами експертів ВООЗ щорічно професійний вплив біологічних рідин інфікованих пацієнтів зростатиме. Впродовж 2000-2030 рр. він стане джерелом виникнення більше 60 тис. випадків захворювань на гепатит В і 16 тис. випадків гепатиту С, які в свою чергу стануть причиною передчасних смертей від HBV-інфекції (261), HCV-інфекції (145) у медичних працівників. Половина з цих несприятливих для медичних працівників ситуацій станеться в країнах Африки на південь від Сахари [161, 239, 299]. У останніх Європейських рекомендаціях з менеджменту працівників охорони здоров'я наводяться дані, згідно яких щорічно зростає кількість випадків ушкодження шкіри гострими інструментами із ризиком інфікування HBV (304 тис. мед. Працівників), HCV – 149 тис., ВІЛ – 22 тис. [120], а загальна кількість співробітників охорони здоров'я, які щорічно отримують травми гострими інструментами, контамінованими HCV, HBV і ВІЛ, за розрахунками експертів складає відповідно 926 тис., 2 млн та 327 тис. осіб [192].

Набуває резонансу проблема післятрансфузійних/післятрансплантаційних вірусних гепатитів, які виникли внаслідок переливання крові, її продуктів, трансплантації органів, тканин, інфікованих вірусним гепатитом. У

світовому масштабі частка виникнення посттрансфузійних вірусних гепатитів В і С все ще залишається відносно високою, що пов'язується з інтенсивністю трансфузійного навантаження. Частка гемо трансфузій в структурі шляхів передачі збудника у хворих на вірусний гепатит С складає 4 – 10 % [235, 293].

Доведеним є ризик поширення парентеральних вірусних гепатитів контактно-раневим механізмом передачі в лікувальних закладах з високою активністю інвазивних втручань (стаціонари хірургічного профілю, онкології, центри та відділення гемодіалізу, відділення гематології, реанімаційні блоки та відділення інтенсивної терапії, тощо) [12, 216]. Результати сероепідеміологічного обстеження на вірусний гепатит В персоналу лікарняних закладів м. Києва, проведений Марієвським В. Ф., довели, що рівень захворюваності медиків лікувально-профілактичних закладів столиці в 1,3 – 1,6 разу вищий, ніж у решти дорослого населення [8, 22].

Широкого вивчення і обговорення набула проблема поширення парентеральних гепатитів у відділеннях/центрах гемодіалізу, оскільки пов'язана із «сумацією» ризиків інфікування при трансфузіях і діалізі. У діалітичних центрах країн з менш розвиненою економікою рівень серопозитивності за HBsAg у пацієнтів може сягати 50 – 70 %, при тому, що в розвинених країнах світу аналогічний показник коливається від 0 – 10 %, в індустріалізованих країнах до 2 – 20 % [64, 144, 179, 217].

Через брак коштів, які виділяються на обладнання та зношеність останнього, проблема для України є вкрай актуальною. За вітчизняними результатами, частота виявлення HBsAg у хворих відділень гемодіалізу оцінюється в 20,1 %, анти-HBV – 61,1 %, анти-HCV – 25,2 % [14]. При визначенні генетичного матеріалу HBV у третини (36,96 %) хворих, які отримували лікування гемодіалізом, у зразках сироваток крові виявлені маркери інфікування HBV (з наступним підтвердженням ДНК збудника, що вказує на значну частку латентного (прихованого) вірусного гепатиту В серед цієї категорії пацієнтів [49]. Можливість розповсюдження гемоконтактних вірусних гепатитів вивчена і у відділеннях гематології та

онкогематології, де для лікування хворих необхідно не тільки повноцінне трансфузійне забезпечення (переливання крові та її компонентів, зокрема тромбоцитарної маси у великих кількостях), але й інтенсивне застосування цитостатиків, препаратів поліхіміотерапії, що обтяжують імуносупресивний стан пацієнтів, відповідно частота виявлення специфічних маркерів інфікування HBV і HCV у них значно вища, ніж у загальній популяції. За даними різних дослідників, не менше ніж чверть (25 %) хворих гематологічних відділень мають серологічні маркери гепатиту В. Так, серед пацієнтів гематологічних відділень Запорізької області в 7,7 % визначався HBsAg, у 12,8 % – анти-HCV, ще у 13,9 % пацієнтів з маркерами гепатиту В і С сероконверсія відбулася в динаміці лікування основного захворювання [40].

Показники розповсюдженості та ризик зараження вірусами парентеральних гепатитів (як і ВІЛ) при переливанні крові та її продуктів вищі у країнах, що розвиваються. Така ситуація пов'язана із проблемами організації високозатратного скринінгу крові на відповідні маркери, що однозначно не відповідає сучасним вимогам безпеки [69, 241], а тому розповсюдженість HCV-інфекції може сягати 70 % [200].

Суттєву інфекційну небезпеку становлять ендоскопічні процедури (бронхо-, цисто-, гастро-, дуодено-, іриго-, колоноскопія та ін.). У розвинених країнах ризики інфікування HBV, HCV при суворому дотриманні стандартів обробки ендоскопів вважаються нівельованими [109], проте в сучасних українських реаліях, на тлі наявної недостатності інструментарію в ендоскопічних кабінетах нерідко відбуваються грубі порушення в режимах знезараження обладнання, яке потребує дезінфекції високого рівня. Так, за один робочий день допустимо обстеження одним ендоскопом не більше ніж п'яти пацієнтів, оскільки якісна його дезінфекція потребує не менше 45 хвилин. Реалістична картина запису на діагностичні процедури з проведенням ендоскопії може налічувати 10 пацієнтів і більше, що за наявності 1 ендоскопа є грубим порушенням

режиму його якісного знезараження. Це ж стосується не тільки проведення фіброгастроскопій, а й колоно- і бронхоскопій, результати аналізу навантажень на які за одну робочу зміну склали від 2,9 до 18 досліджень [36, 41, 52]. Майже 2/3 лікувально-профілактичних закладів, в яких виконуються ці дослідження, не мають можливості та умов для дотримання технологічного процесу обробки гнучких ендоскопів, їх асептичного зберігання; кожен четвертий ендоскоп після використання лише дезінфікується без повного технологічного циклу; понад 10,0 % ендоскопів не підлягають адекватному очищенню взагалі; кожен третій (27,0 %) використовується вже понад 10 років; дезінфекція високого рівня здійснювалася лише в половині ЛПЗ (47,7 %), а тест на герметичність ендоскопів (конструктивну цілісність) у 42,9 % з них [36, 41, 52].

Вітчизняними науковцями досліджені випадки внутрішньолікарняного зараження HBV після проведення трансвенозної ендоміокардіальної біопсії у відділенні серцевої трансплантології. За результатами проведеного розслідування випадку встановлено, що передача HBV відбулася внаслідок потрапляння крапель контамінованої крові на оточуючі поверхні та матеріали під час оперативного втручання та не була пов'язана з власне медичним обладнанням [208].

В окремих наукових дослідженнях доводиться наявність ризику зараження парентеральним вірусними гепатитами у працівників правоохоронних органів, пожежних, спортсменів, які займаються контактними видами спорту, працівників служб порятунку та боротьби із стихійними лихами [146, 189, 223, 261].

Оскільки збудникам гемоконтактних вірусних гепатитів властива гетерогенність геному з нестабільною структурою вірусних генотипів. Вказане зумовлює різноманітність клінічних ознак перебігу захворювання, значний відсоток його латентних, безсимптомних форм перебігу та значний відсоток хронічних форм, які завершуються незворотними фіброзними змінами, формуванням цирозу, раку печінки [286], актуальності набуває

пошук шляхів попередження поширення, формування груп ризику, своєчасної діагностики гемоконтактних вірусних гепатитів [10, 113, 127, 148, 204, 275].

До груп ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів відносять: осіб, які практикують небезпечний секс; внутрівчене вживання наркотиків; представляють сферу комерційних сексуальних послуг; пацієнтів наркологічних і дерматовенерологічних диспансерів; пацієнтів та медичний персонал з високим ризиком зараження вірусними гепатитами (відділення гемодіалізу, пересадки нирки, серцево-судинна, легенева хірургія, гематологія, нефрологія, стоматологія, тощо); пацієнтів та медичний персонал, що проводять інвазивні методи діагностики (бронхо-, цисто-, гастро-, дуодено-, іриго-, колоноскопія, тощо), медичний персонал лабораторних діагностичних відділень; медиків, робота яких пов'язана з порушенням цілісності шкірних покривів, зі слизовими оболонками, з кров'ю; вагітних жінок та новонароджених від матерів з HBsAg; осіб, які мають відношення до нетрадиційних медичних (голко-герудотерапія, акупунктура) та немедичних процедур, пов'язаних з порушенням цілісності шкірних покривів і контактом з кров'ю (пірсинг, епіляція, татуювання, тощо).

1.3. Діагностика парентеральних вірусних гепатитів та заходи з попередження їх поширення

Діагностика парентеральних вірусних гепатитів повинна починатися з настороженості до цієї проблеми. За кордоном практикують застосування спеціальних опитувальників, для виявлення лікарями на первинному прийомі осіб з груп ризику поширення гемоконтактних вірусних гепатитів [18, 104, 108, 110, 121 – 123, 136, 138, 288]. Беруть до уваги приналежність особи до групи ризику зараження гемоконтактним вірусним гепатитом [189, 190, 262, 273, 280].

Встановлення діагнозу вірусного гепатиту ґрунтується на епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Для з'ясування наявності інфекційного процесу в печінковій паренхімі та його етіологічної причини проводять лабораторну діагностику наявності маркерів вірусу в сироватці крові пацієнта [37, 140, 155, 156].

Загальний аналіз крові виявляє нормальну або знижену кількість лейкоцитів, лімфоцитоз, зменшення ШОЕ. Біохімічний аналіз крові виявляє гіпербілірубінемію, підвищення активності АлАТ, менше – АсАТ, порушення обміну білків. При цьому коефіцієнт де Рітиса співвідношення АсАТ/АлАТ стає менше ніж 1,0. Відбуваються зміни і в аналізі сечі. Уробілінурія з'являється на ранніх стадіях захворювання, наприкінці переджовтяничного періоду у сечі з'являється білірубін.

В науковій літературі обговорюється важливість виявлення фіброзу та(або) цирозу в печінці, «золотим стандартом» інвазивних методів діагностики якого є пункційна біопсія. За показами проводять лапароскопію, холангіографію (ретроградну), ангіографію судин печінки з контрастуванням судин під час проведення комп'ютерноїмагнітно-резонансної томографії. Біопсію печінки показано проводити всім носіям HBsAg та хворим на вірусний гепатит С [47, 109].

Високу чутливість та специфічність має твердофазний імуноферментний метод, який дозволяє виявити збудника та антитіла до нього, зокрема HBeAg, HBsAg, HBcAg, антитіла до вірусів гепатитів В, А, С, D, Е, SEN, TT, G. Так, на наявність гострого гепатиту або період його загострення вказують антитіла класу IgM [112, 133].

Противірусні антитіла класу IgG є індикаторами періоду реконвалесценції або хронічного перебігу гепатиту, також можуть бути виявленими і у здорових осіб, які в анамнезі перенесли гострий гепатит, або були щеплені від нього. Надзвичайно чутливим вважають метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), застосування якого дає змогу виявити ДНК, РНК

вірусів гепатиту в крові. Користуються адаптованим варіантом схематичного серологічного профілю HBV-інфекції (табл. 1.1) [177, 245, 256].

Таблиця 1.1.

Серологічні маркери HBV-інфекції (за Jia-HorngKao, 2008 р.)

Маркер	Діагностичне значення
HBsAg	Є першим серологічним маркером, який визначається в сироватці крові інфікованої людини та свідчить про розвиток хронічного гепатиту В з його персистенцією понад 6 місяців
Анти-HBs	Свідчить про одужання та/або імунітет проти гепатиту В, єдиний маркер, який має виявлятися після імунізації
Анти-HBc IgM	Може бути у високих титрах під час гострої інфекції, зустрічається у 10–20 % хворих на хронічний гепатит В
Анти-HBcIgG	Свідчать про експозицію HBV. Ізольовані анти-HBcIgG можуть бути маркером гепатиту В
HBeAg	Свідчить про активну реплікацію HBV та високий ризик передачі збудника сприйнятливій людині
Анти-HBe	Засвідчує менш активну реплікацію HBV, у комплексі з анти-HBcIgG, анти-HBs може підтверджувати завершення інфекційного процесу

При гострій фазі інфекції з'являються антитіла до структурних білків. Латентна фаза інфекції супроводжується стабільним рівнем анти-HCV coreIgG, періодичним виявленням анти-HCV coreIgM, високим вмістом анти-NS4, анти-NS3, анти-NS5. У фазі реактивації хронічного ГС анти-HCV coreIgM визначаються у високих титрах, як і анти-HCV coreIgG антитіла до неструктурних білків збудника. Цінну інформацію щодо стану печінкової паренхіми дає термографічне дослідження, яке має чотири основних типи за локалізацією вогнищ термограми [194]. Одним із сучасних методів діагностики є неінвазивні фібротести (група комерційних тестів FibroTest і FibroMax, перший з них дозволяє оцінити стадію фіброзу, а другий – ступінь некрозапальних змін у печінці [5]. З допомогою тесту Fibrometers оцінюється наявність фіброзу, його обсяг, так як він включає 4 незалежні тести, проведення яких дозволяє оцінити навіть, ступінь цирозу з

найвищим рівнем діагностичної значимості, як при вірусному гепатиті В і С, так і при коінфекції ВІЛ з вірусним гепатитом С [126]. В арсеналі неінвазивних методів діагностики наявності фіброзу в печінковій паренхімі є сонологічні дослідження, доплерографія судин черевної порожнини, або ультразвукове фібросканування (еластографія, еластометрія). Методи, будучи різновидами ультразвукового дослідження, дозволяють сумарно оцінити щільність печінкової тканини [5, 47].

Комітетом з профілактики вірусних гепатитів ВООЗ розроблена, затверджена та впроваджується в тому числі і в Україні програма універсальних заходів профілактики вірусних гепатитів, в тому числі в середовищі медичних працівників, програмою передбачено визначену періодичність діагностичних процедур [135]. Згідно вітчизняного уніфікованого клінічного протоколу надання первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям при вірусному гепатиті С, який був затверджений МОЗ України ще в 2014 р. [46], будь-яке пошкодження шкіри чи слизових оболонок медперсоналу в процесі та під час надання медичної допомоги має бути зафіксовано як контакт з матеріалом, що може містити збудники інфекційних захворювань, а адміністрація ЛПЗ зобов'язана забезпечити засобами захисту та контролювати їх використання медичними працівниками згідно інструкцій [229]. Особи, які мають щоденні професійні контакти з кров'ю та іншими біологічними рідинами організму, повинні мати настороженість, щодо ймовірної інфікованості пацієнтів, суворо дотримуватись і користуватись засобами індивідуального захисту (рукавички, халати, маски, захисні окуляри та щитки). Ведуться дискусії щодо доцільності застосування подвійних рукавичок, з латексним, дезінфікуючим, гелевим покриттям [4, 91, 279, 298]. Окрема увага приділяється дотриманню порядку зміни та термінів використання засобів захисту [43], оскільки доведеним є що у 16,3 % медиків після звершення проведення медичних процедур виявився позитивним тест на приховану кров [22]. Не всі медичні працівники, навіть

за наявності необхідних засобів захисту, користуються ними, або користуються з порушенням режиму заміни [12, 260]. Вченими з Японії та Китаю доведено існування значного відсотку медиків, які взагалі не користуються засобами захисту [137, 211]. Аналогічне наукове дослідження серед канадських лікарів показало, що медики схильні використовувати засоби захисту лише за наявності настороженості про інфікованість пацієнта [298]. Кроссекційне дослідження думки лікарів Великобританії з'ясувало, що лише кожен другий лікар (45,5 %) користується засобами захисту для очей, 23,2 % – надягали подвійні рукавички і більшість (84,4 %) уникали передавання з рук в руки гострих медичних інструментів [97]. Серед медиків Литви, які повідомили про травми гострими інструментами, кожен десятий (14,5 %) не використовував засоби індивідуального захисту [129], аналогічною виявилася ситуація і в Японії [59]. SHEA (Society for Health care Epidemiology of America) рекомендує, щоб інфіковані HBV медичні працівники в рутинній медичній практиці використовували подвійні рукавички [170, 270].

З метою зменшення небезпеки ймовірної передачі збудників гемоконтактних інфекцій розробляються моделі тупокінцевих шовних голок [78 – 80, 199, 293, 297, 306], хоча дані літератури з результатами їх застосування повні протиріч, частина з них засвідчує наявність труднощів [293] через незадовільну зручність їх використання [79, 80] з одночасним зазначенням їх відмінних якостей [199]. Поступово входять в повсякденне використання вакуумні системи для забору крові з вени, шприци з голками, які ховаються автоматично, голки з тупокінцевими канюлями, безголкові інжектори, спеціальні прилади для утилізації використаних голок, шприців, застосування яких демонструє безпечність та ефективність [187, 205, 229, 252, 277, 299] в поєднанні з вищою вартістю [78, 252] та недостатньою надійністю [111, 182].

Раннє виявлення парентерального вірусного гепатиту забезпечується застосуванням клініко-лабораторних методів, з наступним лікуванням,

диспансерним наглядом за тими, хто перехворів, з метою профілактики розвитку хронічних форм гемоконтактних вірусних гепатитів з періодичністю 1 раз на 6 місяців [84].

Численні публікації обґрунтовують доцільність раннього виявлення інфікованих осіб серед донорів крові, споживачів ін'єкційних наркотиків, інфікованих та хворих на ВІЛ/СНІД, працівників комерційних сексуальних послуг, осіб з ризикованою сексуальною поведінкою, медичних працівників, які мають контакт з кров'ю і рідинами пацієнтів, дітей та батьків хворих, персонал дитячих установ [119, 143, 162, 233, 276].

Суттєве значення має специфічна профілактика. Публікації переконують в безпечності вакцин проти вірусного гепатиту В, при цьому вакцинуватися дозволено навіть вагітним. В Україні щеплення від гепатиту В включені в календар щеплень, а отже є плановими [119, 143, 233].

Вакцинопрофілактика серед дорослих здійснюється в переважно в групах ризику. Спеціальні дослідження доводять ефективність проведення вакцинопрофілактики серед медичних працівників, завдяки якій захворюваність на гепатит В зменшилася в 2,7 рази, у більшості 77,27 % щеплених медпрацівників тривало в крові зберігався проєктивний рівень захисних антитіл [23, 44, 209], не дивлячись на те, що у 25,0 % вакцинованих через 5 років імунний захист слабне, і необхідно повторно вакцинуватися [20, 50, 105]. Проти гепатиту С специфічної профілактики не розроблено, що пояснюється високою мутаційною здатністю вірусу [133, 242, 285].

Для країн ЄС з 2013 року вступили в силу норми Директиви 3020/32/EU, відомої як EU Sharps Directive, для досягнення належного та необхідного рівня стандартних заходів захисту медичних працівників від небезпеки, пов'язаної з травмуванням гострими інструментами [25, 98, 266 – 268, 313]. Згідно директиви, особи, які мають професійний контакт з кров'ю та іншими біологічними рідинами організму мають проходити профілактичні діагностичні обстеження на маркери гепатиту В і С не рідше 1 разу на 6 місяців [77, 267, 272]. Заходи первинної профілактики гемоконтактних

вірусних гепатитів включають гігієнічне виховання, зростання гігієнічної грамотності населення (інформація про шляхи передачі, небезпеку ризикованої поведінки, забезпечення хворого індивідуальними предметами особистої гігієни) з формуванням настороженості. Посилено має ставати до- та післядипломна медична освіта, яка обов'язково передбачає навчання методам безпечної роботи з проведенням тренінгів, практичних занять, майстер класів для інтернів, молодих медиків, які потребують знань та не мають достатнього досвіду [176].

В випадку, коли пацієнт звернувся для діагностики наявності парентерального гепатиту і було виявлено анти-НВс, необхідно додатково досліджувати сироватку на анти-НВs, при його виявленні рекомендують провести додаткове дослідження на НВsAg і ДНК HBV. При наявності навіть підозри на захворювання парентеральним вірусним гепатитом, необхідним є призначення діагностичних серологічних аналізів, з паралельним наглядом за станом пацієнта. Розпочатися така діагностика може при первинному контакті пацієнта з лікарем. Обстеження пацієнта включає серологічні методи і ПЦР для виявлення специфічних антигенів і антитіл в крові пацієнта, ДНК- та РНК вірусів гепатиту В, D, С плазмі крові пацієнта з визначенням вірусного навантаження. Комплекс лабораторних досліджень включає: загальний аналіз крові, біохімічні дослідження, коагулограму, загальний аналіз сечі, УЗД черевної порожнини. При підозрі на хронічний вірусний гепатит дослідження доповнюються результатами пункційної біопсії печінки, яка залишається визнаним «золотим стандартом» діагностики хронічних захворювань печінки. Інноваційними вважають фіброеластометрію в поєднанні з фібро/акти тестом, які дозволяють досить точно визначити стан функціональної активності клітин печінки. Додатково призначається широкий спектр маркерів аутоімунних захворювань та онкологічних процесів, які запускаються гепатотропними вірусами [105].

Через широку розповсюдженість і небезпеку вірусних гепатитів В, D, С в медичних стандартах України, як і у всьому світі проводять обов'язкове

обстеження вагітних на віруси гепатитів В і С (серологічне обстеження) в першому та третьому триместрі вагітності. Нерідко вірусні гепатити виявляються тільки під час вагітності, при цьому вірусне навантаження зростає, що може призвести до ускладнень вагітності і самих пологів. Для попередження інфікування плода проводять планове родорозрішення в поєднанні з вакцинацією новонароджених в перші години від народження, що дозволяє в більшості випадків попередити інфікування.

Раніше, на кожен вперше виявлений випадок захворювання (гострого чи хронічного) і носійства заповнювалося і надсилося в санепідслужбу екстрене повідомлення (ф. 058/у). Реєстрація екстрених повідомлень здійснювалася в журналі обліку інфекційних хвороб (ф. 060/у).

Всі пацієнти з гострими гепатитами (або підозрою на захворювання) підлягають госпіталізації і лікуванню в інфекційних стаціонарах. Своєчасно розпочате лікування дозволяє: ефективно попередити поширення інфекції, попередити розвиток печінкових ускладнень (фіброз, цироз, рак печінки), покращити якість життя та зберегти здоров'я пацієнтів.

Процес лікування вірусного гепатиту С триває від 3-х до 12 місяців і більше ніж в 90,0 % випадків його вдається вилікувати. Хронічні вірусні гепатити В і D вилікувати досить складно, всі методи медичних втручань направлені на зниження активності вірусу та зниження вірусного навантаження на організм, що дозволяє призупинити розвиток цирозу або раку печінки. Кратність, тривалість і дозу лікарських препаратів, які застосовуються в випадку виявлення хронічного вірусного гепатиту В, D, С з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта визначає гематолог та(або) інфекціоніст.

Висновки до розділу 1

Клініко-епідеміологічні особливості гемоконтактних вірусних гепатитів, незважаючи на сучасні інновації в медичній науці, зумовлюють складність їх раннього виявлення, що не дозволяє уникнути несприятливих

наслідків хронізації процесу, формування печінкової недостатності, цирозу, карциноми.

Частота поширення патології в світі та, зокрема, в Україні вражає. В процесі вивчення інформаційних ресурсів отримані підтвердження медико-соціального значення необхідності розробки заходів, управлінських рішень щодо профілактики попередження захворюваності, поширеності парентеральних вірусних гепатитів з метою збереження здоров'я дитячого населення та, як наслідок, популяції в цілому. Викристалізованими стали конкретні шляхи, дотримуючись яких можна досягти реалізації мети. Вони, передусім, полягають у необхідності володіння реальною інформацією щодо захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, а також станом організації надання медичної допомоги таким хворим, визначення причин, факторів ризику, як базової основи створення удосконаленої концепції профілактики. З огляду на те, що проблемні питання потребують міждисциплінарного підходу, об'єктивізується потреба в широкому їх обговоренні, яке передбачає, з одного боку, проведення масштабного соціологічного дослідження з опитуванням всіх зацікавлених сторін з метою визначення обізнаності про передумови розвитку на можливі наслідки поширення захворювання, з другого – забезпечення широкого інформування громадськості щодо доступності діагностики, лікування. Особливою групою в цьому аспекті є підлітки, що обґрунтовує потребу у розробці удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в їх середовищі. Дієвішою її реалізація стане за умов врахування наявних регіональних особливостей формування епідеміологічної ситуації з парентеральними вірусними гепатитами, які мають стати основою для обґрунтування прийняття регіональних, державних комплексних програм.

Матеріали розділу відображені в публікаціях [312, 317, 323].

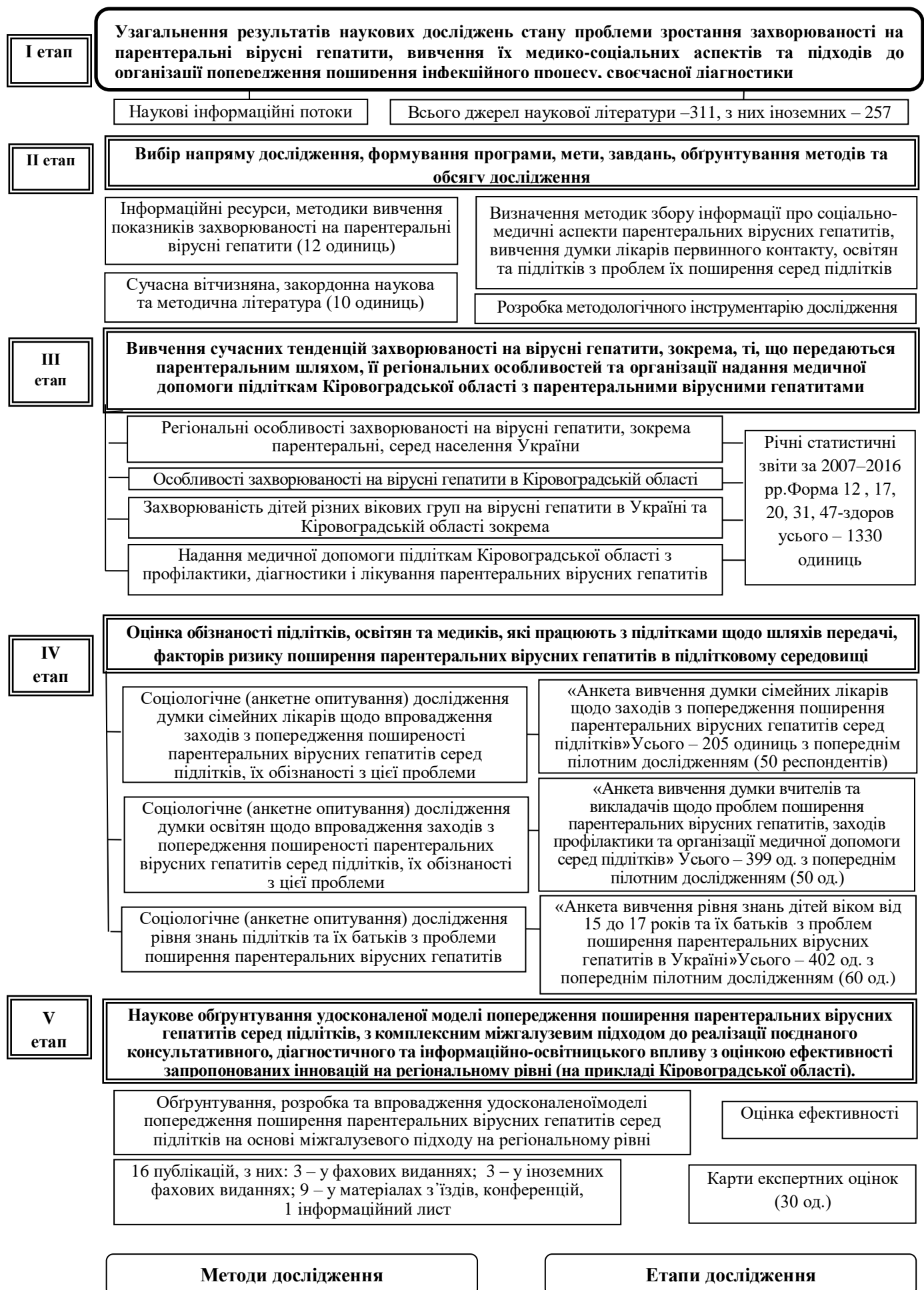
РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виконання дисертаційного дослідження та досягнення його мети була обрана наукова база дослідження, розроблена програма (рис. 2. 1.) та визначено період його проведення. Побудова програми дисертаційного дослідження базувалася на системному підході: було передбачено послідовне виконання п'яти організаційних етапів, кожен з яких, передбачав конкретні задачі другого порядку. Така багаторівнева структуризація програми наукового дослідження забезпечила його системність, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою для виконання, описання, інтерпретації наступних, обґрунтування висновків, що в кінцевому варіанті дозволило досягти мети, сформулювати та узагальнити отримані наукові положення, сформулювати висновки, практичні рекомендації. Для виконання завдань обґрунтовано доцільність застосування комплексу методів дослідження соціальної медицини, що забезпечило отримання достовірної інформації для оцінки об'єкту і предмету дослідження (рис. 2.2.).

Об'єктом дослідження обрано стан організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, у зв'язку з чим вивченню підлягали: захворюваність, поширеність вірусних гепатитів, зокрема тих, які передаються парентерально; обізнаність лікарів загальної практики - сімейних лікарів, викладачів та вчителів, самих підлітків про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, їх готовність до реалізації заходів з попередження їх поширення в підлітковому середовищі, а також організація надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Дослідження проводилось впродовж 2007-2018 років.



1. Системного підходу	I – V
2. Бібліосемантичний	I, II
3. Епідеміологічний	III – IV
4. Медико-статистичний	II – V
5. Соціологічний	IV – V
6. Контент-аналізу	I, V
7. Концептуального та описового моделювання	II, V
8. Організаційного експерименту	V
9. Експертних оцінок	V

Рис. 2. 2. Методичний апарат дисертаційного дослідження

Методично дослідження було розділене на два організаційних періоди:

– 2007-2016 рр.: вивчення проблеми, особливостей епідеміології вірусних гепатитів, зокрема парентеральних; обізнаності лікарів загальної практики, викладачів та вчителів, підлітків про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, усвідомлення ними загрози поширення інфекції та з'ясування їх готовності взяти участь у заходах з попередження медико-соціальних наслідків поширення парентеральних вірусних гепатитів; аналіз особливостей організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами на прикладі Кіровоградської області (I-IV етапи);

– 2017-2018 рр.: наукове обґрунтування, розробка, впровадження елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з урахуванням результатів власного дослідження, сучасного світового досвіду та готовності медиків первинної ланки, освітян та підлітків до реалізації комплексних міжгалузевих регіональних програм з попередження їх поширення в підлітковому середовищі, оцінка ефективності обґрунтованих інновацій (V етап).

Поставленою у дослідженні метою стало: обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі

попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Виконання дисертаційного дослідження відбувалося в рамках виконання прикладних науково-дослідних робіт ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»:

- «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012-2014 рр.», № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.;
- «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», № державної реєстрації 0115U002852, термін виконання 2015-2016 рр.;
- «Наукове обґрунтування формування системи забезпечення населення медичною та медико-соціальною допомогою в умовах децентралізації», № державної реєстрації 0118U001204, термін виконання 2018-2020 рр.)

У підготовці вказаних науково-дослідних робіт автор, як виконавець, брав безпосередню участь.

Перший етап дослідження передбачав вивчення сучасного науково-інформаційного контенту щодо медико-соціального значення зростання захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, досвіду економічно розвинених країн світу та України з організації надання профілактичної, діагностичної, лікувальної медичної допомоги вказаному контингенту хворих з виявленням проблемних питань.

Виконання завдань *першого етапу* дослідження потребувало проведення критичного аналізу найновіших сучасних даних як вітчизняних, так і зарубіжних літературних джерел (311) щодо результатів вивчення негативних медико-соціальних аспектів зростання захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, їх факторів ризику та шляхів передачі, а також існуючих принципів організації первинної профілактики, методів своєчасної діагностики, адекватного

лікування, з метою попередження поширення інфекційного процесу та розвитку печінкових ускладнень (цироз, карцинома). Цілеспрямовано вивчалися особливості профілактики, діагностики в різних вікових групах населення та підходи до їх реалізації. Виконання поставлених завдань здійснювалося на основі системного підходу за допомогою структурно-логічного контент-аналізу, бібліосемантичних методів дослідження. В цілому проведено аналіз та реферування 311 наукових джерел (з них 54 кирилицею і 257 латиницею). Проведення описаного обсягу досліджень надало можливість критично оцінити актуальність обраного наукового напрямку, стан проблеми, визначити основні невирішені організаційні питання, які підлягали в подальшому науковому дослідженню з обґрунтуванням концептуальних підходів до їх удосконалення.

Використання системного підходу в поєднанні з бібліосемантичним та контент-аналізом на *другому етапі* виконання програми дисертаційного дослідження сприяло: здійсненню остаточного вибору напрямку роботи, формуванню мети за завдань, вибору наукової бази, обґрунтуванню методів та обсягів первинного матеріалу для реалізації кожного з етапів.

Об'єктом дослідження обрано стан організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, результати дослідження якого дозволили науково обґрунтувати основні концептуальні напрями, розробити удосконалену функціонально-організаційну модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

Було сформовано комплекс методів наукового дослідження, що забезпечив достовірну оцінку ситуації з питань: захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, у різних вікових групах; обізнаності освітян, сімейних лікарів, підлітків щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі; організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами, спрямованої, в першу чергу, на посилення

профілактичного вектору, а також своєчасність виявлення та попередження поширення інфекційного процесу з розвитком його печінкових ускладнень серед населення України. Основними методами дослідження стали: системний підхід, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний, контент-аналіз, концептуальна описова моделювання, а також організаційний експеримент та експертні оцінки (рис. 2.2).

На *третьому етапі* дисертаційного дослідження було вивчено динаміку захворюваності на вірусні гепатити, зокрема ті, які передаються парентерально (гемоконтактно) з метою виявлення особливостей динаміки її десятирічних трендів серед різних вікових груп населення України в регіональному аспекті за період 2007-2016 рр.

На прикладі Кіровоградської області було вивчено особливості динаміки захворюваності та організації надання медичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами. Отримані результати стали достовірною науковою основою аргументування актуальності проведення дослідження та висунення гіпотез про доцільність запровадження тих чи інших заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі.

Матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності, викопійовані з форм:

- №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 511 (з1159-13) від 17.06.2013) (264од.);

- № 31 «Звіт про медичну допомогу дітям» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.07.2013 № 665 (264од.);

- №47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.2006 № 524 (264 од.);

- № 17 «Звіт про медичні кадри» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (Із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ від 17.06.2013 № 511) (264 од.);

- № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за рік» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ від 17.06.2013 № 511) (272 од.).

Статистичні дані, викопійовані із форм офіційної статистичної звітності були зведені в таблиці за окремими адміністративними територіями, як України, так і Кіровоградської області в розрізі її районів (всього 1330 од.). Використовувалися також річні довідково-статистичні матеріали Центру медичної статистики МОЗ України та Кіровоградської ОДА за 2007-2016 рр.

З використанням основних програмних продуктів Microsoft Excel була створена комп'ютерна база даних, на підставі якої, з використанням медико-статистичного та епідеміологічного методів дослідження були розраховані: загальні коефіцієнти захворюваності (на 100 тис. населення); спеціальні показники за віком (діти в цілому, діти у віці до 1-го року, до 6 років, підлітки молодші (10-14 років) та старші (15-17 років), доросле населення; спеціальні показники за статтю (чоловіча, жіноча) та за місцем проживання (місто, село); темпи приросту розглянутих показників (у % до рівня 2007 року).

Вибір Кіровоградської області в якості типового для України регіону було обґрунтовано тим, що згідно офіційного економічно-територіального розподілу України, область разом з Київською, Чернігівською, Черкаською та Житомирською входить до Центрального регіону країни. Протяжність області з півночі на південь становить 148 км, загальна площа

Кіровоградської області (24,6 тис. км²) складає 4,1 % від загальної території України. Область залишається незмінною за територією, соціальною структурою та щільністю населення. При кількості населення 1,025 млн., його щільність в 2017 р. склала 45,3 осіб на 1 км² (проти 80,0 на 1 км² в Україні загалом). Вибір населення Кіровоградської області для наукового дослідження обґрунтовано з урахуванням аналізу соціальних, природних, економічних аспектів на предмет подібності з показниками по Україні в цілому. А саме: характер динаміки основних демографічних показників (зменшення частки дитячого населення (17,6 % проти 17,9 % в Україні) при одночасному зростанні частки осіб у віці старшому за працездатний (23,8 % у віці 60 років і старше проти 22,1 % в Україні), що зумовлює зростаюче постаріння населення); середній вік населення Кіровоградської області склав 41,7 роки проти 40,9 по Україні; середній вік чоловічого населення – 38,7 (Україна – 38,1 роки) та жіночого населення – 44,2 (Україна 43,3 роки); середня очікувана тривалість життя в Кіровоградській області складає 70,27 (Україна 71,38 років), чоловіків – 64,97 (Україна 66,37 років), жінок – 75,52 (Україна 76,25 років); співвідношення чисельності населення за місцем проживання показало, що як в Україні в цілому (69,19 %), так і в Кіровоградській області (62,85 %) міське населення переважало над сільським; співвідношення жінок до чоловіків в Кіровоградській області складає 1,175 при 1,16 в Україні; відсоток дорослого населення 18 років і старше: в Кіровоградській області – 82,4 % (в Україні – 82,1 %); у працездатному віці 16-59 років – 60,3 % (в Україні – 61,8 %); у віці 60 років і старше – 23,8 % (в Україні – 22,1 %); у віці 65 років і старше – 17,5 % (в Україні – 15,9 %); в трудоактивному віці 15-64 роки – 67,5 % (в Україні – 68,9 %).

Зазначимо, що Кіровоградська область за структурою економіки є аграрно-індустріальною. У структурі валового випуску продукції третину (32,1 %) складає сільське господарство, 28,1 % – промисловість, 11,6 % – транспорт і зв'язок; 5,1 % – житлово-комунальне господарство. Багатоаспектним є представництво різних видів і сфер діяльності задіяного

населення області (харчова промисловість, сільське господарство (рослинництво – 73,0 %, тваринництво – 27,0 %), машинобудування та металообробка, електроенергетика, промисловість з виробництва будівельних матеріалів). Частка продовольчих товарів (83,0 %) у структурі виробництва Кіровоградської області суттєво переважає. У системі місцевого самоврядування області створено 23 районні ради, 12 міських, 27 селищних та 376 сільських рад. Територія Кіровоградської області має непогану інфраструктуру доріг і транспортного сполучення (автотранспорт, судноплавство (пристань Світловодськ), авіалінії, залізні дороги).

В Кіровоградській області функціонує широка мережа закладів охорони здоров'я (120, з них: 5 обласних лікарняних закладів, 7 міських лікарень, 2 дитячі міські лікарні, 21 ЦРЛ, 12 диспансерів, 32 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів, 3 санаторії, 1 будинок дитини). Станом на 1 січня 2017 р. загальна кількість відвідувань поліклініки в розрахунку на 1-го мешканця склала 9,3 (Україна – 10,2).

Отже, для оцінки регіональних особливостей та впровадження запропонований підходів по удосконаленню організації надання медичної допомоги підліткам з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів було обрано Кіровоградську область, яка знаходиться в одному з іншими регіонами України нормативно-правовому полі надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги підліткам в закладах охорони здоров'я, має подібні з показниками по Україні соціальні, природні, економічні аспекти. За таких умов Кіровоградська область може бути обрана для проведення наукового дослідження і апробації інноваційних організаційних технологій в умовах, з тим, щоб рекомендувати впровадження отриманих результатів в інших регіонах України з адаптацією та урахуванням їх регіональних особливостей.

Методичний апарат третього етапу дослідження включав системний підхід, епідеміологічний та медико-статистичний методи дослідження.

Метою *четвертого етапу* дослідження стало вивчення обізнаності лікарів первинного контакту (лікарів загальної практики-сімейних лікарів), освітян (вчителів та викладачів), які постійно контактують з підлітками, а також самих підлітків (за згодою їх батьків), щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів, готовності прийняти участь у заходах з попередження їх поширення в підлітковому середовищі. Реалізація означеної мети етапу потребувала організації та проведення оригінального соціологічного дослідження за власно розробленими анкетами опитування основних трьох груп респондентів (медиків, освітян та підлітків). Відповідно три анкети після попереднього розгляду етичною комісією, були заслухані та рекомендовані до використання в науковому дослідженні вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (протокол № 8 від 28 листопада 2017 р.). Опитування відбувалося анонімно після отримання попередньої добровільної згоди респондентів на участь в анкетуванні, матеріали якого будуть використані в науковому дослідженні.

Соціологічне дослідження передбачало поділ на три етапи, опитування серед: лікарів первинного контакту; вчителів та викладачів, які щоденно контактують з підлітками; підлітків Кіровоградської області.

Для реалізації першого етапу соціологічного дослідження була розроблена «Анкета вивчення думки сімейних лікарів щодо заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків» (Додаток Б). Вона складалась із 4-х блоків питань. Перший з них включав загальні відомості (вік, стать, стаж роботи в медичній галузі, місце лікарської практики), а також питання, спрямовані на виявлення соціально-економічних чинників, що спонукали обрати фах лікаря загальної практики-сімейного лікаря (стаж роботи сімейним лікарем, лікарська категорія за спеціальністю, чи була перекваліфікація, чи вплинула вона на оплату праці).

В другому блоці питань вивчалось ставлення лікарів першого контакту до профілактичної роботи. Деталізувалися: визнання

профілактики основною в своїй повсякденній діяльності; самооцінка повноти знань для ефективної профілактики в родині; стан будівлі, планування сімейної амбулаторії, оснащеність робочого місця для реалізації профілактичних заходів.

За питаннями третього блоку передбачалось виявлення знань про фактори ризику, основні шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в середовищі підлітків, знань та практичних навичок з їх діагностики, щодо маршруту пацієнта у випадку необхідності профілактичних діагностичних обстежень, можливості проведення тестування на парентеральний вірусний гепатит в умовах сімейної амбулаторії.

Четвертий блок питань в анкеті сформований для вивчення проблем організації надання первинної медичної допомоги підліткам, взаємодії сімейних лікарів з інфекційною службою в інтересах пацієнта-підлітка, пропозицій по удосконаленню профілактичної діагностичної роботи первинної ланки з означеної проблеми.

Даний етап дослідження передбачав послідовно: визначення мети соціологічного дослідження; окреслення термінів його виконання; безпосередньо розробку анкети; вибору порядку проведення збору даних; розрахунок обсягів репрезентативної вибірки респондентів; проведення пілотного дослідження з метою апробації розробленої анкети, внесення коректив в анкету та її затвердження (50 од.); збір даних, їх обробку та аналіз; оцінку отриманих результатів, формулювання висновків.

Для забезпечення репрезентативності результатів першого етапу соціологічного дослідження необхідний обсяг вибірки для анкетування розраховувався за загальноприйнятою формулою:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq}$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки;

q – ймовірність відсутності ознаки;

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка дослідження.

В Кіровоградській області (станом на 01.01.2017 р.) працювало 267 лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Розрахунок необхідної чисельності репрезентативної вибірки для вивчення їх думки склав ($N=267,0$ при $\Delta=\pm 5\%$):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 267}{267 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 160,12 \approx 161$$

В якості генеральної сукупності розглядались лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які надають первинну медичну допомогу дітям та підліткам Кіровоградської області (215 осіб) та згодилися взяти участь в науковому дослідженні в якості респондента (давали усну добровільну згоду після групового оголошення мети анкетування та використання його результатів у науковому дослідженні). Із отриманих 215 анкет було відбраковано 10, що склало 4,65 %, подальшому аналізу підлягало 205 анкет.

Соціологічне дослідження було продовжене на наступному етапі із залученням вчителів та викладачів Кіровоградської області. Опитування здійснювалося за спеціально розробленою анкетою «Анкета вивчення думки вчителів та викладачів Кіровоградської області щодо проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів, їх відношення до заходів профілактики та організації медичної допомоги» (Додаток В), яка також проходила розгляд етичної комісії, затверджена та рекомендована до використання в науковому дослідженні вченою радою ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (протокол №8 від 28 листопада 2017 року). Вона структурно містила чотири блоки питань. В першому з них заповнювалася інформація про вік, стать, сімейний стан, освіту, посаду, предмет викладання та стаж роботи викладачем, вчителем, зазначалося навантаження при роботі з підлітками в якості класного керівника. Наступний блок питань, який виявився найбільшим, стосувався

з'ясування рівня поінформованості, обізнаності освітян про можливі шляхи та ризики інфікування парентеральним вірусним гепатитом, їх ставлення до особистої можливості інфікування та до інфікованих осіб. За третім блоком питань виявлялась готовність вчителів та викладачів взяти участь у заходах з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків у співпраці з медиками області. А саме, з'ясовувалося використання у педагогічній роботі інформування учнів-підлітків та їх батьків щодо парентеральних шляхів передачі інфекційного процесу, профілактики вживання наркотичних речовин, алкогольних напоїв, безпечних сексуальних стосунків. Окремі питання стосувалися досвіду та планів залучення до шкільної профілактичної роботи медиків, доцільності запровадження щорічних профілактичних обстежень підлітків на парентеральні вірусні гепатити. Останній блок стосувався виявлення у них бажаного інформаційного джерела з проблемних питань, зручних для полегшеного сприйняття, форм інформаційно-методичного матеріалу.

Проведенню етапу опитування вчителів та викладачів Кіровоградської області також передував організаційний період, під час якого: визначався якісний склад опитуваних; розраховувався обсяг репрезентативної вибірки вчителів та викладачів, які добровільно згодилися стати респондентами; проводилося пілотне дослідження (50 анкет) для апробації розробленої анкети, внесення коректив (за потреби). Після збору, опрацювання та аналізу результатів, формулювались висновки, що стали підґрунтям для розробки відповідних заходів та формування пропозицій щодо удосконалення роботи з профілактики.

Опитування респондентів було організовано з дотриманням умов попереднього повідомлення про його мету та після отримання усної згоди на участь у соціологічному опитуванні, результати якого стануть фрагментом наукового дослідження.

До розрахунку репрезентативної вибірки освітян, які працюють з дітьми 15-17 років, залучалась їх абсолютна кількість – 19 362 (станом на

01.01.2017 р. педагогічний склад шкіл – 18 260 вчителів та спеціалізованих закладів середньої освіти – 1 102 викладача). Розрахунок необхідного обсягу вибірки для соціологічного дослідження серед вчителів та викладачів Кіровоградської області, які працюють з дітьми 15-17 років визначався за загальноприйнятою вищенаведеною формулою ($N=19\,362$, при $\Delta=\pm 5\%$):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 19362}{19362 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 391,94 \approx 392$$

В результаті обсяг репрезентативної вибірки мав складати не менше 392 осіб. Фактично нами було опитано 410 респондентів (відбраковані 11 анкет, що склало 2,68% від 410), аналізу підлягало 399 анкет. Після завершення дослідження, його результати були внесені в спеціально розроблену автором дослідження таблицю (обробка результатів відбувалася з допомогою комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel).

Третім складовим етапом соціологічного дослідження стало вивчення думки підлітків, що також відбувалося шляхом анкетування після отримання добровільної згоди як самих підлітків, так і їх батьків на заповнення анкети. В більшості випадків батьки були присутні при заповненні анкети підлітком або давали згоду на її заповнення дитиною самостійно. Для проведення цього етапу також розроблена, рецензована, затверджена та рекомендована до використання в науковому дослідженні (протокол №8 від 28 листопада 2017 року) «Анкета вивчення рівня знань дітей віком від 15 до 17 років та їх батьків з проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів в Україні» (Додаток Г).

Анкета складалася із трьох блоків питань, першим з яких були питання про стать, вік та місце проживання дитини, наступними з'ясовувалися знання про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів. Останній блок питань стосувався з'ясування усвідомлення загрози для власного здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів, гемоконтактних маніпуляцій,

інформованості про доцільність дотримання здорового способу життя, ставлення до можливого інфікування однолітків, доцільність профілактичних діагностичних обстежень з метою виявлення інфікування парентеральним вірусним гепатитом серед підлітків.

Станом на 01.01.2017 р. мережа загальноосвітніх навчальних закладів області налічувала 542 загальноосвітніх навчальні заклади, у яких навчалося 86 776 учнів середніх шкіл. Кількість учнів перших курсів професійно-технічних закладів освіти склала 2 990 осіб. Розрахунок репрезентативної кількості, необхідних респондентів відбувався з урахуванням (в 2017 р. $N = 89\,766$ осіб); $p = 0,5$; $t = 2,0$; $\Delta = 0,05$ за тією ж формулою:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 89766}{89766 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 398,225 \approx 398$$

Опитано 410 підлітків Кіровоградської області у віці 15-17 років, які за згодою батьків взяли участь в науковому дослідженні в якості респондента. В результаті аналізу отриманих первинних матеріалів соціологічного дослідження було відбраковано 8 анкет, що склало 1,95 % від 410, тому аналізу підлягало 402 анкети.

Сплановане до проведення таким чином соціологічне дослідження та отримані в ньому результати дозволили згрупувати (на підставі результатів обчислення нормуючих-інтенсивних показників (НПів) та вагових коефіцієнтів (К) їх впливу на вирішення проблеми в цілому) фактори, що мають найвизначніший вплив на попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі. Фрагмент дослідження виконувався з використанням запропонованої О.М. Голяченко, А.М. Сердюком та О.О. Приходським [11] методики розрахунку НПів та вагових коефіцієнтів.

Аналіз отриманого первинного матеріалу відбувався шляхом формування баз даних на основі MicrosoftExcel, де матеріали групувалися за контингентами вивчення (стать, вік, місце проживання). Під час

проведення дослідження повністю була забезпечена конфіденційність інформації про респондентів.

Методами дослідження четвертого етапу стали: системний підхід, соціологічний (анкетного опитування) та медико-статистичний. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти ознаки на 100 опитаних та похибки ($\pm m$) для відносних величин.

П'ятий етап програми, який став заключним, передбачав наукове обґрунтування удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні на прикладі Кіровоградської області. Підґрунтям для виконання завдань етапу стали результати попередніх етапів наукового дослідження, світовий та вітчизняний досвід з обраного напрямку, основні медико-соціальні аспекти, фактори ризику та шляхи поширення інфекційного процесу, властиві саме підлітковому середовищу. З використанням системного підходу, бібліосемантичного, контент-аналізу, наукового концептуального та описового моделювання було обґрунтовано основні концептуальні напрями удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, які мають першочерговий пріоритет на регіональному рівні.

Узагальнені результати проведеного наукового дослідження на заключному його етапі дозволити обґрунтувати, розробити і розпочати впровадження удосконаленої міжсекторальної регіональної функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків Кіровоградської області з оцінкою ефективності запропонованих інновацій.

Сформульовано організаційну технологію удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, в якій провідна роль належить комплексній міжсекторальній взаємодії медиків перинної медичної ланки (лікар загальної практики-сімейний лікар, сімейний педіатр, терапевт та молодший персонал з медичною освітою, який працює в підпорядкуванні перелічених лікарів, які серед

прикріпленого населення мають дітей підліткового віку) з службами громадського здоров'я, освітянами, молодіжними та громадськими організаціями, об'єднаннями, які працюють з підлітками для оцінки та моніторингу появи факторів ризику інфікування парентеральним вірусним гепатитом. Підліткам пропонують пройти обов'язковий обсяг профілактичних діагностичних обстежень згідно діючих медико-технологічних документів. Після чого залучається лабораторна служба області, а далі, за потреби, надається консультативна спеціалізована допомога із залученням інфекціоністів, гастроентерологів, тощо.

Ефективність запропонованих підходів по удосконаленню організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні визначалась експертами з використанням спеціально розробленої карти експертної оцінки (Додаток Д). Для цього була створена міжсекторальна група. Відповідно до міжнародних вимог в ній передбачена участь науковців, представників як клінічної медицини, так і за фахом соціальної медицини, організаторів охорони здоров'я, практикуючих лікарів первинного контакту та сімейних лікарів, які надають медичну допомогу підліткам. У процесі опитування дотримувалися рекомендованих умов до проведення таких досліджень, а саме – було забезпечено попереднє інформування експертів з застосуванням відкритої дискусії й опитування за допомогою анкет. Для обробки відповідей на питання у розробленій карті експертної оцінки застосовано медико-статистичний аналіз з розрахунком абсолютних та відносних показників, що і забезпечило статистичну обробку отриманої інформації з подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих даних. До експертизи було залучено 30 досвідчених фахівців, до складу яких увійшли 11 науковців за фахом «Соціальна медицина», 12 висококваліфікованих організаторів охорони здоров'я, керівників амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу на засадах загальної лікарської практики, 5 лікарів загальної практики – сімейних

лікарів та 2 лікаря первинного контакту (педіатри) з Клініки, дружньої до молоді, які щоденно контактують з підлітками.

Середній вік експертів становив $55,4 \pm 2,7$ роки, загальний стаж роботи в медичній галузі – $29,5 \pm 2,1$ років, за спеціальністю – $15,5 \pm 2,2$ років. Серед експертів переважали спеціалісти з вищою (85,2%) кваліфікаційною категорією із них 8 доктори та 2 кандидати медичних наук (в тому числі серед керівників амбулаторно-поліклінічних закладів).

На розгляд експертів було запропоновано оцінити окремі характеристики концептуальних напрямів та складові удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області). Кожен з пунктів, запропонованих для оцінки, передбачав проставлення значення за 10-ти бальною шкалою (від 0 – несуттєво до 10-дуже важливо). На кожному з етапів дисертаційного дослідження відбувалася статистична обробка та узагальнення одержаних результатів, що включала розрахунки середнього арифметичного значення (M), його стандартної похибки ($\pm m$). Для оцінки узгодженості думок експертів використовувався коефіцієнт варіації (C_v). Результати експертної оцінки дозволили скоригувати напрацювання, вибрати відповідні критерії ефективності удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

Напрацьовані наукові обґрунтування та результати впровадження в практику знайшли своє відображення в опублікованих у ході дослідження статтях, тезах, інформаційному листі, а також використані при обґрунтуванні Стратегії розвитку Кіровоградської області на період до 2020 р. (затвердженої рішенням Кіровоградської обласної ради від 21.12.2012 р. № 411 та пізніше у редакції рішення Кіровоградської обласної ради від 27.03.2015 р. № 716 та від 10.03.2017 р. № 238).

Для вирішення поставлених у дисертаційному дослідженні завдань було використано комплекс методів дослідження:

системного підходу – для вивчення, аналізу показників, що характеризують стан проблеми організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, обґрунтування підходів до її удосконалення з урахуванням виявлених медико-соціальних аспектів;

бібліосемантичний метод – для вивчення вітчизняного та світового контенту щодо досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми;

епідеміологічний – для вивчення регіональних, вікових особливостей захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні, серед дитячого населення України, виявлення основних медико-соціальних аспектів проблеми в Кіровоградській області;

соціологічний (анкетного опитування) – для отримання інформації щодо наявності знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, освітян та медиків первинного контакту, усвідомлення особистої загрози, ставлення до осіб з діагностованим парентеральним вірусним гепатитом, а також готовності до участі в заходах з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків;

медико-статистичний – для збору, обробки та аналізу отриманої статистичної інформації на всіх етапах дисертаційного дослідження;

контент-аналізу – для вивчення змісту діючої нормативно-правової бази щодо надання медичної допомоги підліткам з факторами ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, зокрема профілактичної діагностичної допомоги при підозрі на парентеральний вірусний гепатит;

концептуального та описового моделювання – для обґрунтування концептуальних напрямів та представлення обґрунтованого удосконалення функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області);

організаційного експерименту – для підтвердження обґрунтованих напрямів та апробації інновацій із удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні з застосуванням міжсекторального підходу;

експертних оцінок – для визначення ефективності впровадження та дієвості запропонованого удосконалення функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Висновки до розділу 2

Таким чином, при виконанні даної наукової роботи використовувалися сучасні методи наукового дослідження при обсягах, що забезпечили одержання репрезентативних результатів і дозволили зробити об'єктивні висновки. Наукове обґрунтування удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків проведене на основі реалізації п'яти етапів програми комплексного медико-соціального дослідження. Обрана етапність реалізації програми дослідження, методичний апарат дозволили отримати достовірні результати, покладені в основу реалізації міжсекторального регіонального підходу до попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі на прикладі Кіровоградської області.

Предмет і методи наукового дослідження відображені в наступний особистих друкованих працях [312, 327].

РОЗДІЛ 3

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ, ЗОКРЕМА ПАРЕНТЕРАЛЬНІ, НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТАКИМ ХВОРИМ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ В УКРАЇНІ ТА КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ

3.1. Регіональні особливості захворюваності на вірусні гепатити, зокрема парентеральні в Україні

Захворюваність на вірусні гепатити серед населення України впродовж 2007-2016 рр. поступово зросла до 29,67 на 100 тис. населення в 2016 р., що зумовило 12 688 звернень в медичні заклади системи МОЗ України в цьому році. За період з 2007 р. по 2016 р. захворюваність на вірусні гепатити зросла на $13,1 \pm 0,26$ % (з 25,8 до 29,67 на 100 тис. населення). Найвищі рівні захворюваності традиційно зареєстровані в Закарпатській (74,64), Сумській (49,05), Миколаївській (44,26) областях та в м. Києві (46,76 на 100 тис. населення) (табл. 3. 1.).

Структура захворюваності на вірусні гепатити в 2016 р. представлена (рис. 3. 1.): гострим вірусним гепатитом А ($23,85 \pm 0,38$ %); гострим вірусним гепатитом В ($11,56 \pm 0,28$ %); гострим вірусним гепатитом С ($4,44 \pm 0,18$ %); хронічним вірусним гепатитом ($58,79 \pm 0,44$ %). За період дослідження відбулися зміни в структурі захворюваності населення України на вірусні гепатити на користь зростання питомої ваги гострого вірусного гепатиту А та хронічного вірусного гепатиту. Так, в 2007 р. структуру захворюваності на вірусні гепатити формували: гострий вірусний гепатит А ($15,58 \pm 0,34$ %); гострий вірусний гепатит В ($19,05 \pm 0,37$ %); гострий вірусний гепатит С ($6,09 \pm 0,22$ %); хронічні вірусні гепатити ($57,87 \pm 0,46$ %).

Таблиця 3.1.

**Розподіл основних адміністративних територій України за
кількістю зареєстрованих в 2016 р. випадків захворювань на вірусний
гепатит (на 100 тис. населення та в абсолютних значеннях)**

Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.
Волинська	17,3	180	Хмельницька	25,19	327	Запорізька	35,07	619
Вінницька	17,9	287	Херсонська	26,35	281	Кіровоградська	35,52	346
Чернігівська	19,7	206	Рівненська	27,24	316	Полтавська	36,43	525
Одеська	20,3	495	Ів.-Франківська	28,26	390	Київська	38,99	672
Чернівецька	22,7	206	Тернопільська	29,34	313	Житомирська	39,55	497
Черкаська	24,8	309	Дніпропетровська	29,76	974	Харківська	40,91	1111
			Львівська	31,0	781	Миколаївська	44,26	515
						м. Київ	46,76	1331
						Сумська	49,05	550
						Закарпатська	74,64	938
Україна 29,67 на 100 тис. населення або 12 688 звернень								

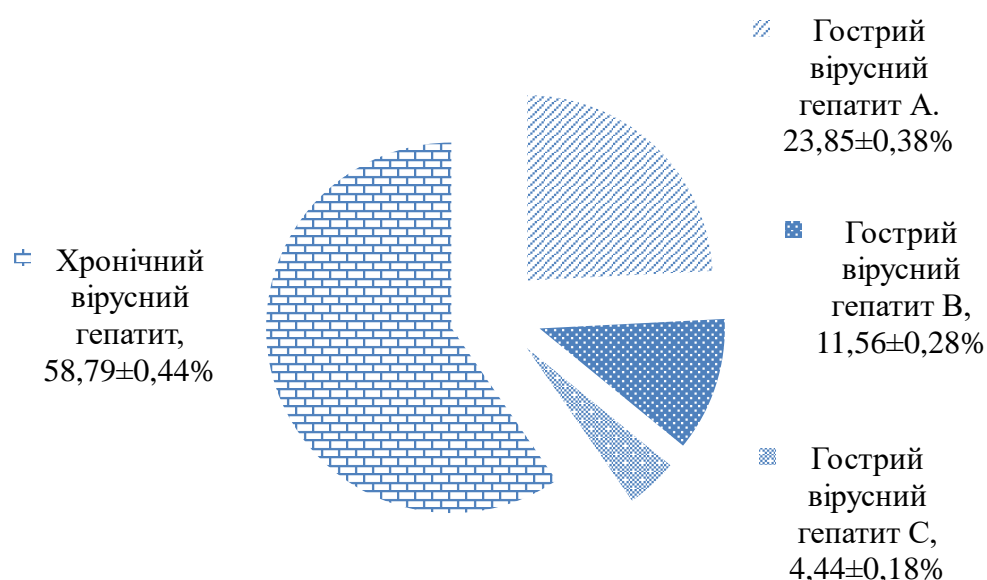


Рис. 3.1. Структура захворюваності на вірусні гепатити в Україні (в %), 2016 рік

В структурі хронічних вірусних гепатитів переважали гепатити С, із зростанням питомої ваги за період дослідження з $74,54 \pm 0,53 \%$ в 2007 р. до $78,5 \pm 0,48 \%$ в 2016 р. ($p < 0,05$).

Регіональні особливості гострого вірусного гепатиту А в 2016 р. представлені найвищими рівнями захворюваності в Закарпатській (62,46), Житомирській (21,72) областях та м. Києві (22,31) при середньому значенні по Україні 7,08 на 100 тисяч населення або 3 026 випадків гострого вірусного гепатиту А. В порівнянні з попереднім роком відмічається зростання показників в 1,22 рази ($p < 0,05$), тоді як з 2007 роком - зменшення в 2,4 разу ($p < 0,001$). Дані свідчать про коливання із загальними тенденціями до зменшення вказаного показника.

Регіональні особливості показників захворюваності на парентеральні вірусні гепатити В і С характеризуються їх переважним накопиченням в центральних та окремих західних регіонах України, що ймовірно пов'язано з кращою діагностикою захворювань (табл. 3.2.).

При середньому значенні захворюваності на гострий вірусний гепатит В по Україні в 2016 р. 3,43 на 100 тис. населення найвищі його рівні зареєстровані в м. Києві (5,37), Запорізькій (5,44), Львівській (5,40) та Харківській (5,12 на 100 тис. населення) областях.

Найвищі рівні захворюваності на гострий вірусний гепатит С зареєстровані в м. Києві (2,53), Вінницькій (2,62), Харківській (2,50), Київській (2,03) областях при середньому по Україні 1,32 на 100 тис. населення (табл. 3.3.).

Дослідження динаміки захворюваності на гострий вірусний гепатит В за період 2007-2016 рр. виявило суттєве її зменшення в цілому по Україні з 6,3 в 2007 р. до 3,43 на 100 тис. населення в 2016 р, або в 1,84 рази ($p < 0,01$). Аналогічною виявилася динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит С із зменшенням показника з 1,94 в 2007 р. до 1,32 в 2016 р., або в 1,5 разу ($p < 0,01$).

Таблиця 3.2.

**Розподіл основних адміністративних територій України за
кількістю зареєстрованих в 2016 р. випадків захворювань на гострий
вірусний гепатит В (на 100 тис. населення та в абсолютних значеннях)**

Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.
Чернігівська	1,43	15	Рівненська	2,33	27	Харківська	5,12	139
Тернопільська	1,69	18	Кіровоградська	2,36	23	Київська	5,22	90
Хмельницька	1,93	25	Одеська	2,47	59	м. Київ	5,37	153
Миколаївська	1,98	23	Закарпатська	3,18	40	Львівська	5,40	136
Полтавська	2,01	23	Черкаська	3,53	44	Запорізька	5,44	96
Чернівецька	2,10	19	Вінницька	4,30	69			
Волинська	2,11	22	Дніпропетровська	4,31	141			
Херсонська	2,25	24	Сумська	4,55	51			
Ів.-Франківська	2,25	31	Житомирська	4,93	62			
Україна 3,43 на 100 тис. населення або 1 467 звернень								

Таблиця 3.3.

**Розподіл основних адміністративних територій України за
кількістю зареєстрованих в 2016 р. випадків захворювань на гострий
вірусний гепатит С (на 100 тис. населення та в абсолютних значеннях)**

Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.
Миколаївська	0,34	4	Черкаська	1,04	13	Закарпатська	1,59	20
Волинська	0,38	4	Чернігівська	1,05	11	Херсонська	1,88	20
Ів.-Франківська	0,43	6	Полтавська	1,18	17	Дніпропетровська	1,92	63
Тернопільська	0,47	5	Одеська	1,22	29	Київська	2,03	35
Рівненська	0,78	9	Львівська	1,23	31	Харківська	2,50	68
Хмельницька	0,85	11	Сумська	1,25	14	м. Київ	2,53	72
Запорізька	0,96	17	Чернівецька	1,32	12	Вінницька	2,62	42
			Житомирська	1,43	18			
			Кіровоградська	1,44	14			
Україна 1,32 на 100 тис. населення або 563 звернення								

Пізнє виявлення або несвоєчасне звернення пацієнтів з гострим гепатитом, особливості перебігу захворювання із його безсимптомним початком і схильністю до хронізації процесу, зумовлює найвищу питому вагу ($58,79 \pm 0,44 \%$) та найбільшу кількість звернень (7 459 із усіх звернень з вірусним гепатитом 12 688 в 2016 р.) з приводу хронічного процесу. Одночасно із цим виявлено зростання захворюваності на хронічні вірусні гепатити з 14,58 в 2007 р. до 13,07 в 2010 р. та 17,44 в 2016 р., або в 1,2 рази ($p < 0,01$). За підсумками 2016 р. найвищі рівні показника спостерігалися в Сумській (39,51), Миколаївській (36,44), Харківській (31,78), Полтавській (31,64) та Кіровоградській (28,54) областях при середньому по Україні значенні захворюваності 17,44 на 100 тис. населення (табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

**Розподіл основних адміністративних територій України за
кількістю зареєстрованих в 2016 р. випадків захворювань на
хронічний вірусний гепатит (на 100 тис. населення та в абсолютних
значеннях)**

Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.	Регіон	на 100 тис.	абс.
Одеська	3,98	95	Волинська	13,84	144	Дніпропетровська	20,87	683
Закарпатська	7,00	88	Хмельницька	14,48	188	Київська	23,15	399
Вінницька	7,86	126	Черкаська	15,54	194	Запорізька	27,70	489
Чернігівська	9,74	102	м. Київ	15,74	448	Кіровоградська	28,54	278
Житомирська	11,46	144	Рівненська	15,77	183	Полтавська	31,64	456
			Чернівецька	18,52	168	Харківська	31,78	863
			Тернопільська	18,56	198	Миколаївська	36,44	424
			Ів.-Франківська	20,07	277	Сумська	39,51	443
			Львівська	20,20	509			
			Херсонська	20,63	220			
Україна 17,44 на 100 тис. населення або 7459 звернень								

Таким чином, захворюваність на вірусні гепатити серед населення України продовжує зростати (з 25,8 в 2007 до 29,67 на 100 тис. населення в

2016 р., або $+13,1 \pm 0,26 \%$). В її структурі найвищою залишається питома вага хронічного вірусного гепатиту ($58,79 \pm 0,44 \%$); гострого вірусного гепатиту А ($23,85 \pm 0,38 \%$); гострого вірусного гепатиту В ($11,56 \pm 0,28 \%$) при найменшому відсотку гострого вірусного гепатиту С ($4,44 \pm 0,18 \%$). Динаміка структури захворюваності на вірусні гепатити в Україні засвідчує зменшення питомої ваги гострих вірусних гепатитів В і С, при одночасному зростанні хронічних вірусних гепатитів. Захворюваність на хронічні вірусні гепатити в 2016 р. була сформована гепатитом С ($78,5 \pm 0,48 \%$) та, з меншою питомою вагою гепатитом В ($20,6 \pm 0,47 \%$); за період дослідження відбулося зростання першого (в 2007 р. $74,54 \pm 0,53 \%$) при зменшенні другого (в 2007 р. $23,34 \pm 0,52 \%$).

Регіональні особливості захворюваності на вірусний гепатит характеризувалися їх найвищими рівнями серед населення центральних і окремих західних регіонів України. Найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит виявлені в Закарпатській, Сумській областях та м. Києві.

3.2. Особливості захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській області

Аналогічно ситуації в Україні з характерним поступовим зростанням захворюваності на вірусні гепатити (з 25,8 до 29,67, або $+13,1 \pm 0,26 \%$), в області, яку ми вивчали (Кіровоградській) воно відбувалося повільнішими темпами (з 33,76 до 35,52 на 100 тис. населення, або $+4,95 \pm 0,57 \%$), проте значення в розрахунку на 100 тис. населення за підсумками 2016 р. в 1,2 рази ($p < 0,01$) перевищувало показник по Україні (рис. 3.2.).

В структурі захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській області так, як і в Україні, переважають хронічні вірусні гепатити ($80,35 \pm 2,14 \%$), проте порівняно із структурою захворюваності в цілому в державі, їх питома вага є надзвичайно високою (по Україні $58,79 \pm 0,44 \%$).

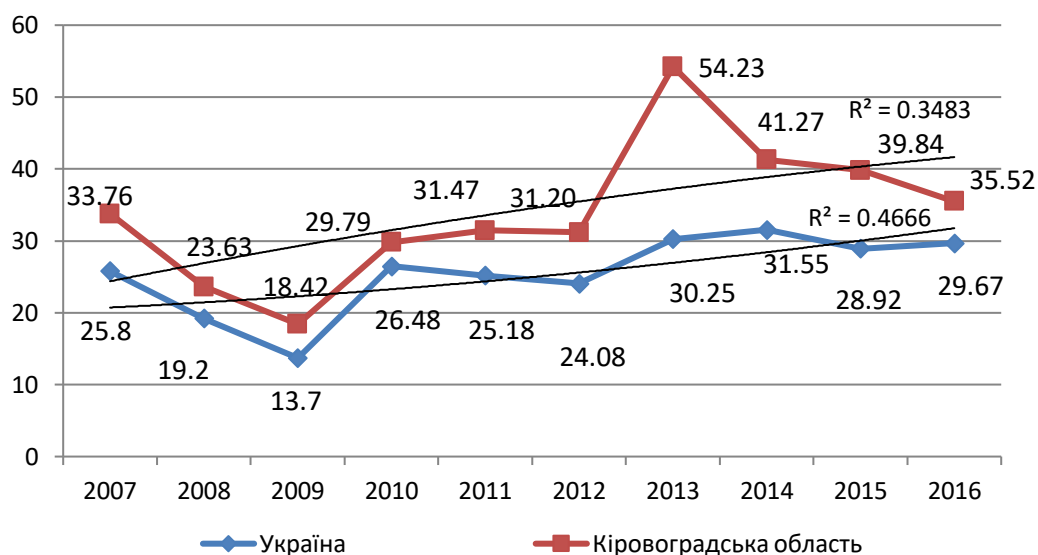


Рис. 3.2. Динаміка захворюваності на вірусні гепатити в Україні та Кіровоградській області за період 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення)

Відповідно меншою питома вага виявилася при гострих вірусних гепатитах А ($8,4 \pm 1,49$ % в Кіровоградській області та $23,85 \pm 0,38$ % по Україні), В ($6,7 \pm 1,34$ % та $11,56 \pm 0,28$ %) та С ($4,05 \pm 1,06$ % та $4,44 \pm 0,18$ %). Варто зазначити при цьому, що за період дослідження відбулося зменшення показників, зокрема: гепатиту А з $21,56 \pm 2,3$ % в 2007 р. до $8,38 \pm 1,49$ % в 2016 р.; гепатиту В з $18,75 \pm 2,18$ % до $6,65 \pm 1,34$ %; гепатиту С з $9,69 \pm 1,65$ % до $4,05 \pm 1,06$ %. Питома вага хронічний вірусних гепатитів зросла майже вдвічі з $45,0 \pm 2,78$ % до $80,35 \pm 2,14$ % відповідно. У 2016 р. в їх структурі, за аналогією, як і в цілому по Україні ($78,48 \pm 0,48$ %), переважала питома вага хронічних вірусних гепатитів С ($76,62 \pm 2,54$ %).

Захворюваність на гострий вірусний гепатит А має аналогічні загальноукраїнські тенденції до зменшення, проте його темпи виявилися значно більшими (Україна з 16,7 до 7,08, в 2,36 рази, $p < 0,001$) проти з 16,2 до 3,0, в 5,4 рази, $p < 0,001$ на 100 тис. населення в Кіровоградській області) (рис. 3.3.). Подібною є ситуація в Кіровоградській області із динамікою захворюваності на гострий вірусний гепатит В (з 10,89 до 2,36 (або в 4,61 разу, $p < 0,001$) та гострий вірусний гепатит С (з 3,63 до 1,44 (або в 2,52 разу, $p < 0,001$) на 100 тис. населення), темпи зниження яких суттєво

переважають загальноукраїнські (в 1,83 разу та 1,5 разу відповідно) (рис. 3.4. та 3.5.).

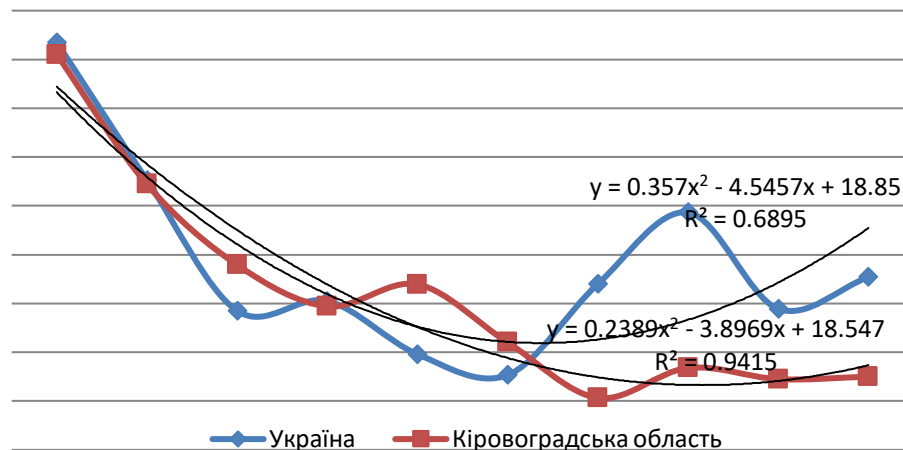


Рис. 3.3. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит А в Україні та Кіровоградській області за 2007-2016 рр. (на 100 тис. нас.).

Іншою в Кіровоградській області виявилася динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит, значення показника суттєво перевищує середньоукраїнське (28,54 проти 17,44 на 100 тис. населення) при інтенсивніших темпах зростання. Вказані особливості були притаманні як при хронічному гепатиті В, так і при хронічному гепатиті С (рис. 3.6.). Детальне вивчення динаміки захворюваності населення Кіровоградської області в розрізі її міст та районів показало, що на початку дослідження в 2007 р. найвищою вона була в м. Кіровоград (51,04), Олександрівському (77,41), Новоукраїнському (46,42), Маловисківському (44,85) та Новомиргородському (44,67 на 100 тис. населення) районах області. При цьому, в Олександрівському, Новоукраїнському, Маловисківському районах вона була зумовлена гострим вірусним гепатитом А (70,96; 33,16; 34,17 на 100 тис. населення відповідно). Найвищою захворюваність на гострий вірусний гепатит В виявлена в Долинському (27,88) районі та в м. Олександрія (18,98) при середньому по області в 2007 р. 10,89 на 100 тис. населення. Місто Кіровоград мало в 2007 р. одні із найвищих рівнів захворюваності на гострий вірусний гепатит А (23,9), В (13,37), С (6,89) (рис. 3.7.).

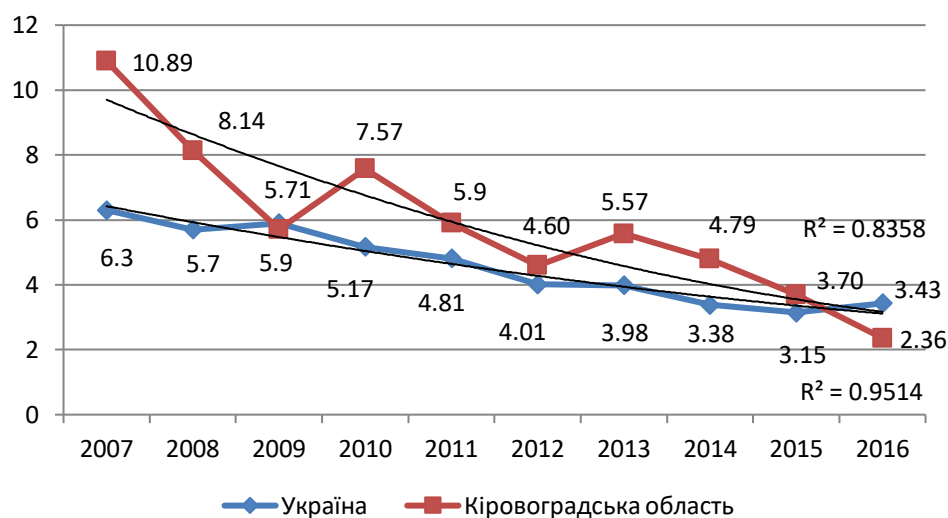


Рис. 3.4. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит В в Україні та Кіровоградській області за 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення).

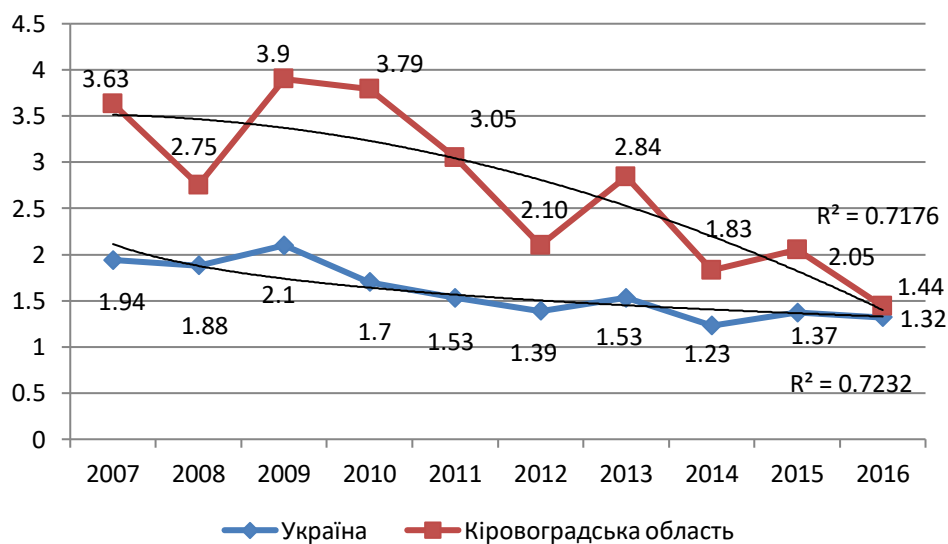


Рис. 3.5. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит С в Україні та Кіровоградській області за 2007-2016 рр. (на 100 тис. нас.).

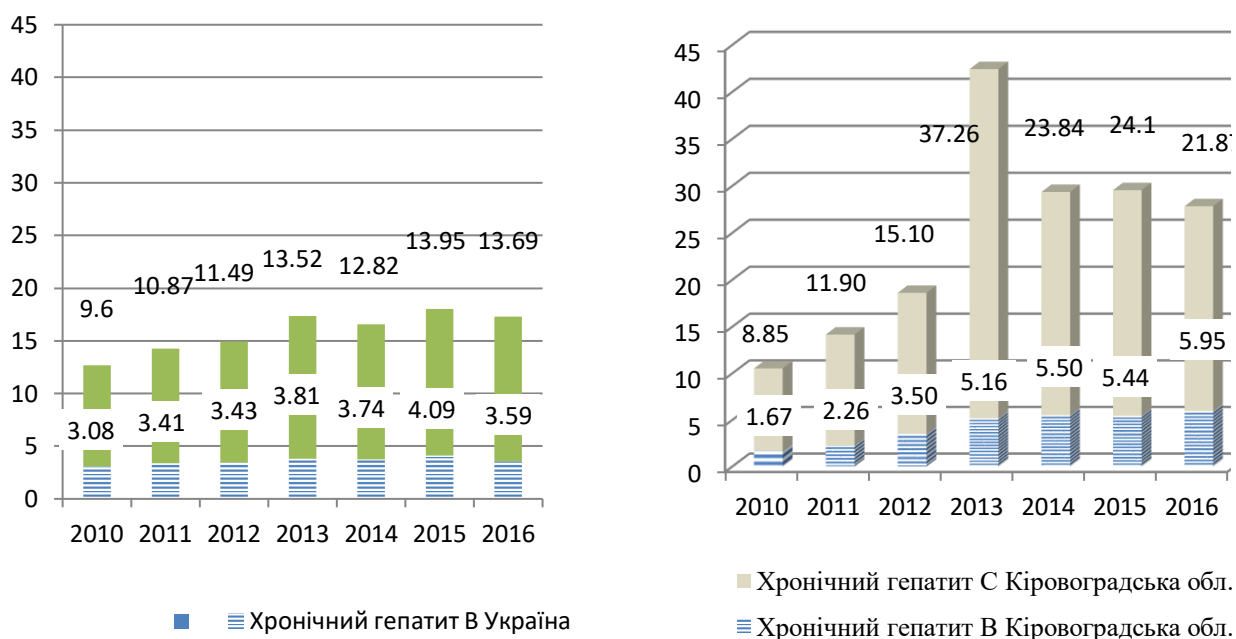


Рис. 3.6. Динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит В та С в Кіровоградській області (Б) та в Україні (А), на 100 тис. населення

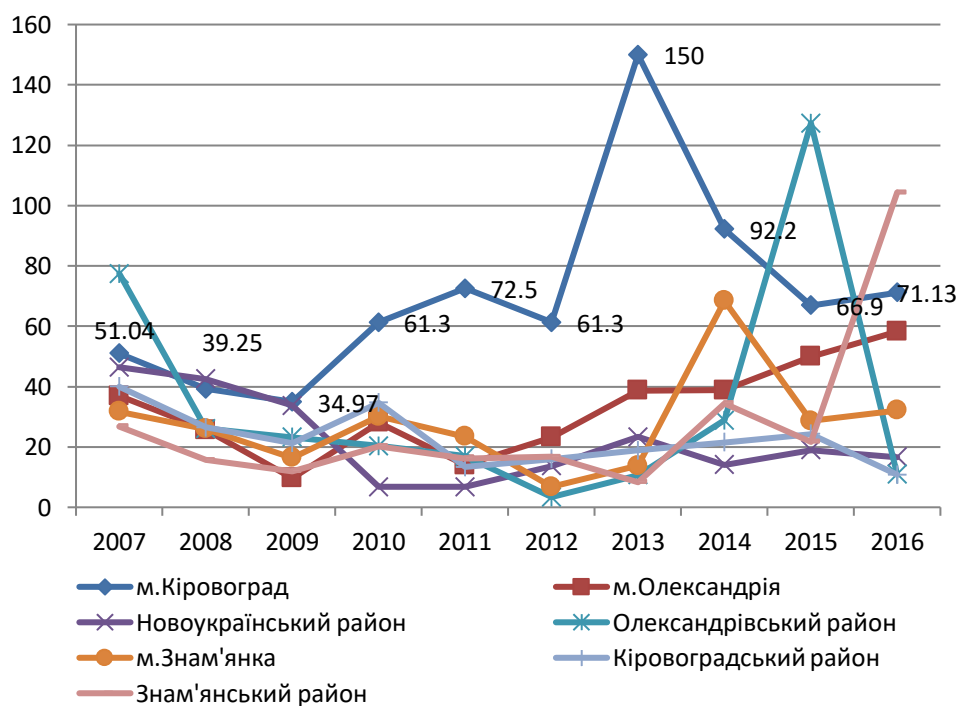


Рис. 3.7. Динаміка захворюваності на вірусні гепатити в окремих районах Кіровоградської області за період 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення).

За підсумками 2016 р (офіційна статистична звітність) найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит спостерігалися в Знам'янському (104,35) районі, м. Кіровоград (71,13) та м. Олександрія (58,24) при середньому по області 35,52 на 100 тис. населення. При цьому, в першому з них, він обумовлений високою захворюваністю на гострий вірусний гепатит А (73,91 проти середнього по області - 3,0 на 100 тис. населення). Натомість в мм. Кіровоград та Олександрія рівні захворюваності на вірусні гепатити з року в рік, залишаються одними із найвищих в області. В 17 із 25 основних адміністративних територій Кіровоградської області в 2016 р. не було виявлено жодного випадку гострого вірусного гепатиту В. За цей же період в м. Кіровоград (12,55) та м. Олександрія (13,19) їх рівні були одними із найвищих при середньому по області значенні 5,95 на 100 тис. населення. Суттєвими, із подвійним переважанням в 2016 р., виявлені рівні захворюваності на хронічний вірусний гепатит в м. Кіровоград (68,62) та м. Олександрія (53,85) при середньому по області значенні 28,54 на 100 тис. населення. Захворюваність на хронічний вірусний гепатит С в мм. Кіровоград (53,14) та Олександрія (40,66) в 2 рази перевищувала середнє по області значення 21,87 на 100 тис. населення. В цьому ж році захворюваність на хронічний вірусний гепатит С в м. Кіровограді складала 12,55, в м. Олександрія 13,19 при середньому по області 5,95 на 100 тис. населення.

Отже, в області, як і в державі в цілому, зростає захворюваність на вірусні гепатити, з перевищенням показника по Україні в 2016 р. в 1,2 разу (35,52 проти 29,67 на 100 тис. населення в Україні). При суттєвому зменшенні захворюваності на гострі вірусні гепатити А, В та С, в Кіровоградській області зростає захворюваність на хронічні вірусні гепатити (28,54 та 17,44 по Україні), зокрема хронічний вірусний гепатит С (21,87 та 13,69 на 100 тис. населення по Україні). Найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит в 2016 р. виявлені в м. Кіровоград (71,13) та м. Олександрія (58,24) при середньому по області 35,52 на 100

тис. населення. За весь період наукового дослідження вони продовжували залишатися одними із найвищих в області.

3.3. Захворюваність дітей різних вікових груп на вірусні гепатити в Україні та Кіровоградській області зокрема

Якщо окремо проаналізувати захворюваність на вірусні гепатити дитячого населення, то виявляється, що й для нього на фоні значних коливань характерним є поступове зростання показника з 11,87 в 2011 р. до 18,16 в 2016 р., або в 1,53 рази ($p < 0,01$) (рис. 3.8.).

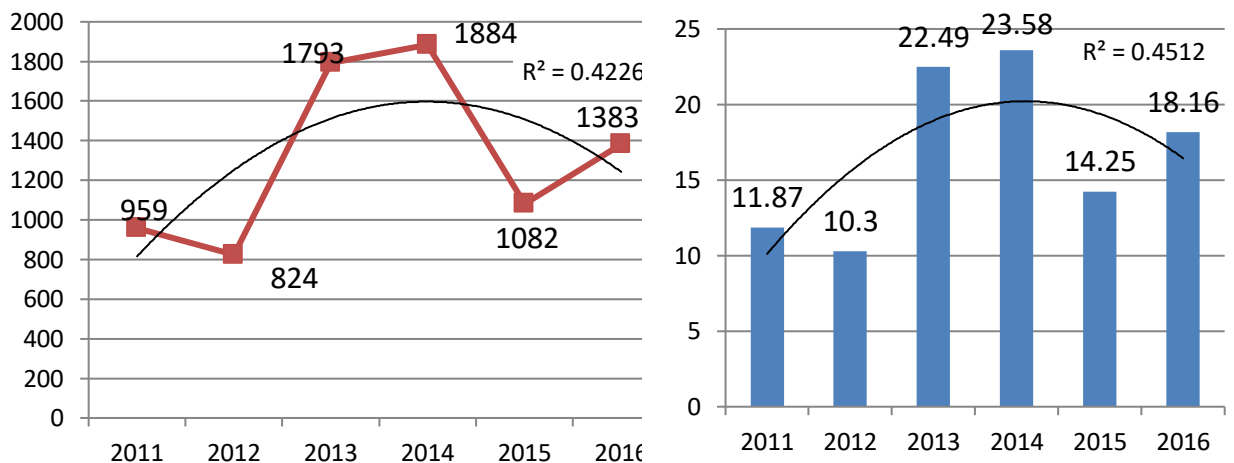


Рис. 3.8. Динаміка захворюваності на вірусний гепатит серед дітей 0-17 років за 2011-2016 рр.: А - абсолютні величини; Б - на 100 тис. дит. населення

Найвищою захворюваність на вірусний гепатит серед дітей 0-17 р. в 2016 р. була в Закарпатській (162,45), Житомирській (62,15) областях при середньому по Україні значенні 18,16 на 100 тис. населення. Такі регіональні особливості зумовлені високою захворюваністю саме на гострий вірусний гепатит А в Закарпатській (161,07), Житомирській (58,86) областях при середньому по Україні значенні 15,18 на 100 тис. відповідного населення.

На гострий вірусний гепатит В захворюваність в 2016 р. найвищою була серед дітей Вінницької (5,12), Житомирської (2,47) та Кіровоградської (2,35) областей при середньому по Україні значенні 1,13 на 100 тис. населення.

Хронічний вірусний гепатит серед дітей частіше зустрічався в Вінницькій (4,09), Івано-Франківській (2,86), Харківській (2,84), Полтавській (2,55), Запорізькій (1,71), Тернопільській (1,48), та Кіровоградській (1,17) областях при середньому по Україні 0,97 на 100 тис. населення.

Структуру захворюваності на вірусний гепатит серед дитячого населення в Україні формували (рис. 3.9.) в основному: гострий вірусний гепатит А ($83,6 \pm 1,0 \%$), гострий вірусний гепатит В ($6,2 \pm 0,65 \%$), гострий вірусний гепатит С ($1,5 \pm 0,33 \%$) та хронічний вірусний гепатит ($5,4 \pm 0,61 \%$).

Виявлені повікові особливості проявились зростанням захворюваності із віком дітей. Так, найвищі її значення спостерігались серед дітей молодшого (10-14 р.) та старшого (15-17 р.) підліткового віку (рис. 3.10.).

Щодо гострого вірусного гепатиту А, то найвищі рівні (22,4) захворюваності виявилися серед молодших підлітків (10-14 років) з високими (19,22) значеннями серед старших підлітків 15-17 років при середньому по Україні значенні захворюваності на гострий вірусний гепатит А серед дітей 0-17 р. 15,18 на 100 тис. населення (рис. 3.11.).

При гострих вірусних гепатитах В і С найвищими показники захворюваності були у віковій групі 15-17 р. (3,69 та 0,51 на 100 тис. населення відповідно), що продемонстровано на рис. 3.12. та 3.13.

Захворюваність на хронічний вірусний гепатит серед дітей 0-17 р. з незначними коливаннями також мала найвищі рівні серед підлітків 15-17 р. (1,72 на 100 тис. населення) (рис. 3.14.).

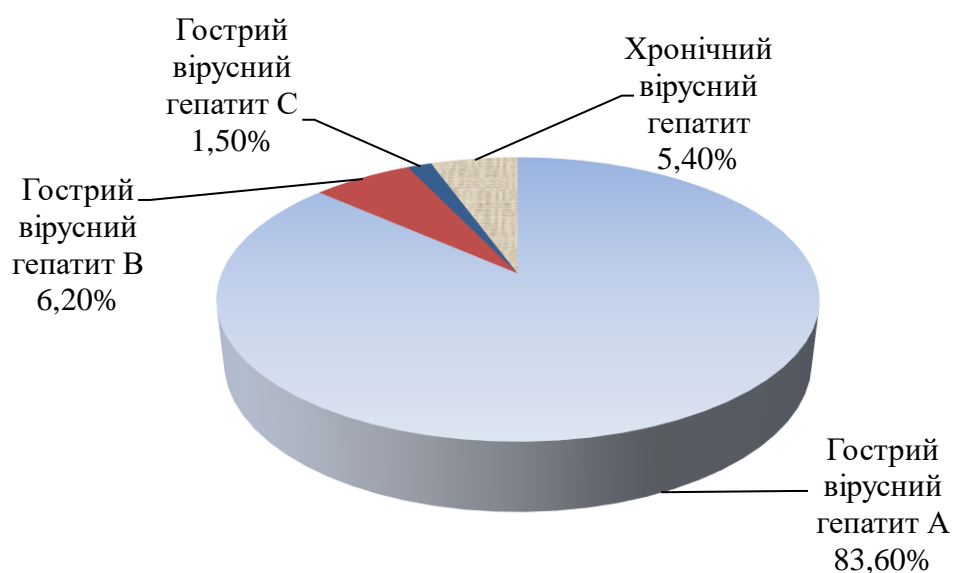


Рис.3.9. Структура захворюваності на вірусний гепатит серед дитячого населення за підсумками 2016 р. (в %).

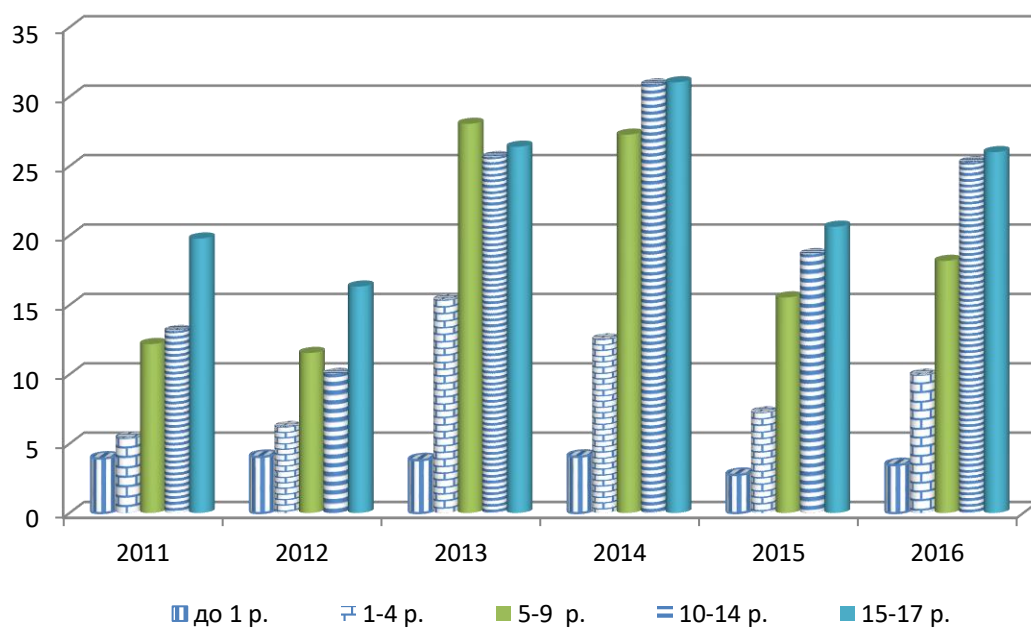


Рис. 3.10. Динаміка захворюваності на вірусні гепатити дітей різних вікових груп за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

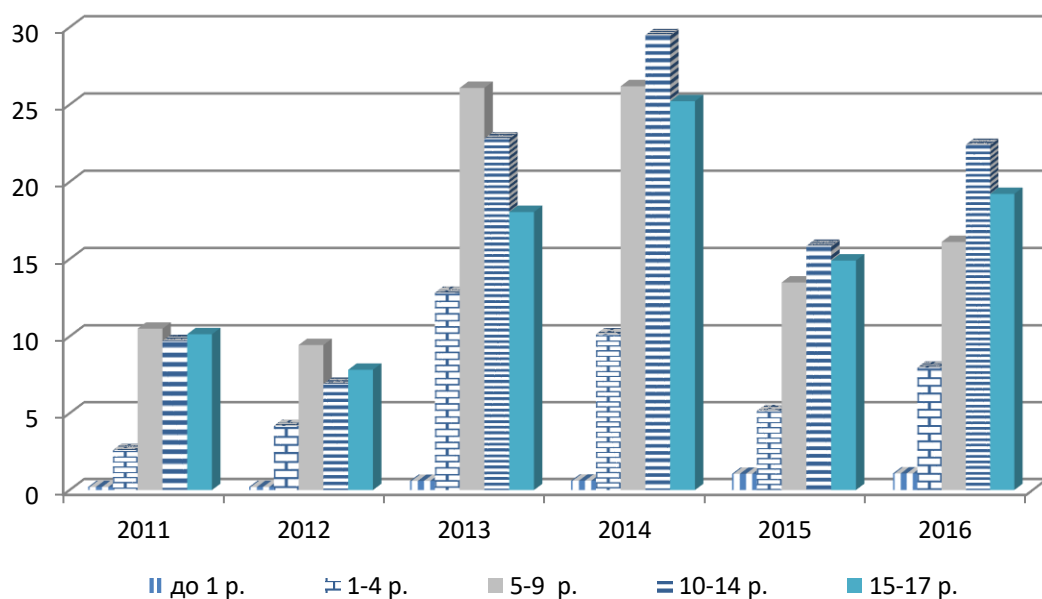


Рис. 3.11. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит А дітей різних вікових груп за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

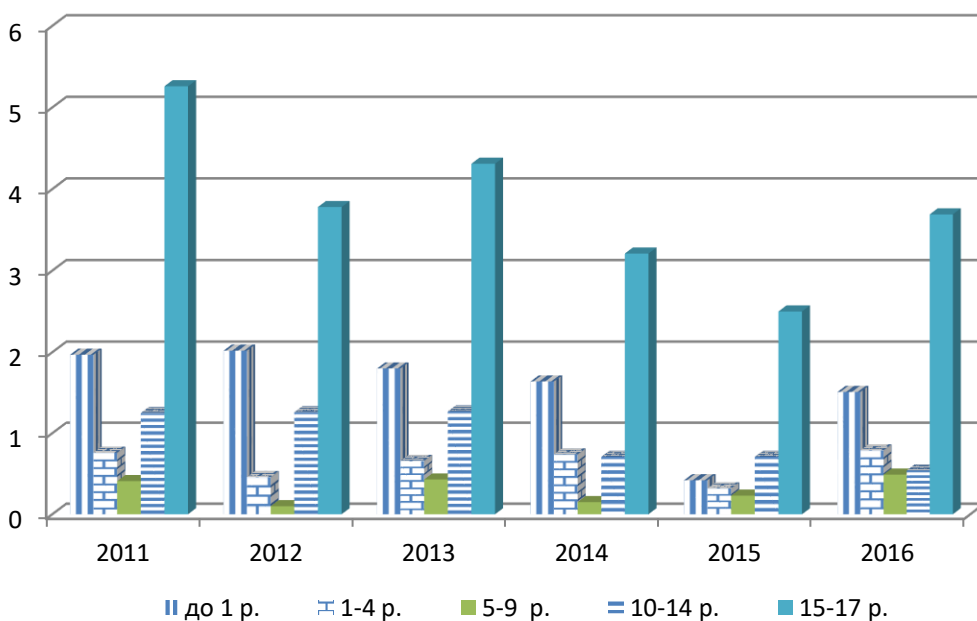


Рис. 3.12. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит В дітей різних вікових груп за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

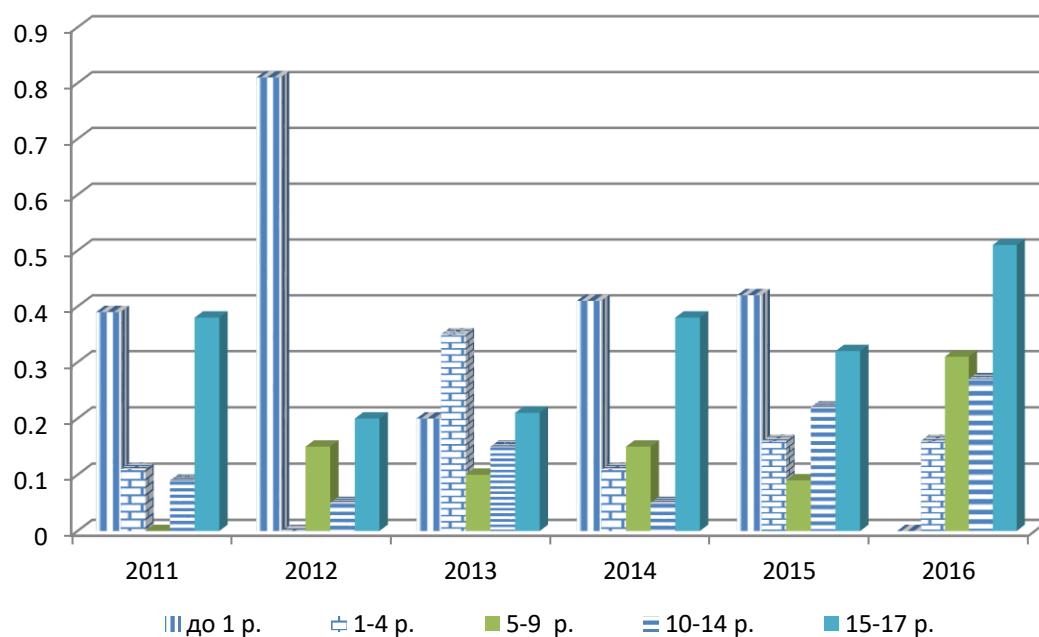


Рис. 3.13. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит С дітей різних вікових груп за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

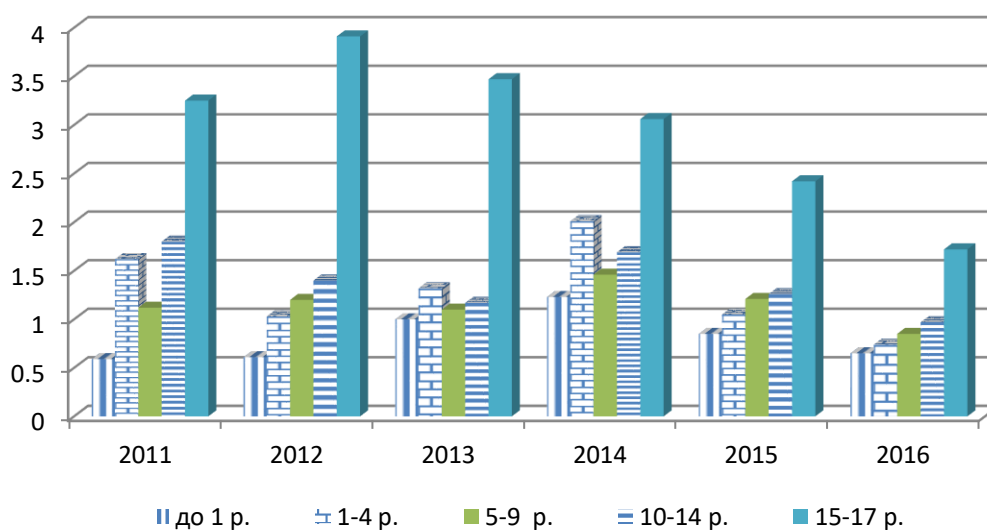


Рис. 3.14. Динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит серед дітей різних вікових груп за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

В структурі захворюваності парентеральні вірусні гепатити В і С мають майже однакову питому вагу з незначним переважанням вірусного гепатиту С ($52,7 \pm 5,8$ % проти $44,6 \pm 5,78$ %), в той час як в структурі захворюваності на хронічний вірусний гепатит серед всього населення України гепатиту С притаманна суттєва перевага ($78,5 \pm 0,48$ % хронічний вірусний гепатит С проти $20,6 \pm 0,47$ % хронічний вірусний гепатит В).

Таким чином, за період дослідження було встановлено зростання захворюваності на вірусний гепатит як серед всього населення до 29,67 на 100 тис. населення, так і серед дітей до 18,16 на 100 тис. відповідного населення.

Структура захворюваності на вірусний гепатит серед дитячого населення в основному представлена гострим вірусним гепатитом А ($83,6 \pm 1,0$ %); гострим вірусним гепатитом В ($6,2 \pm 0,65$ %) та хронічним вірусним гепатитом ($5,4 \pm 0,61$ %) з найменшою питомою вагою гострого вірусного гепатиту С ($1,5 \pm 0,33$ %) та найвищими значеннями захворюваності в молодшому (10-14 р.) (25,25) та старшому (15-17 р.) підлітковому (26,0) віці. Щодо парентеральних вірусних гепатитів В і С, суттєвим є переважання захворюваності саме у віковій групі дітей 15-17 р. ($3,69$ та $0,51$ на 100 тис. населення відповідно).

3.4. Організація надання медичної допомоги підліткам Кіровоградської області з профілактики, діагностики і лікування парентеральних вірусних гепатитів

Згідно стратегії розвитку охорони здоров'я, доступність медичної допомоги має бути забезпечена ефективною організацією первинної медичної допомоги.

Підліткам Кіровоградської області первинну медичну допомогу надають сімейні лікарі, які працюють в 26 Центрах первинної медико-

санітарної допомоги, 24 з яких були створені як юридичні особи в 2013 році. Центри первинної медико-санітарної допомоги функціонують в містах Кропивницькому (2), Олександрії, Світловодську та в усіх сільських районах області (21). В складі центрів первинної медико-санітарної допомоги на правах структурних підрозділів в 2017 році функціонувало 170 лікарських амбулаторій, з них 140 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, розміщених територіально в сільських (105, з них 90 АЗП-СМ) та міських (65, з них 50 АЗП-СМ). Крім того, у м. Кропивницькому в селищі Гірниче функціонує самостійна амбулаторія загальної практики-сімейної медицини. Інформація щодо структури і територіального розподілу центрів первинної медико-санітарної допомоги надається в додатку Д, в таблиці 1.

Станом на 01.10.2018 р. з Національною службою здоров'я України підписали договори 13 Центрів первинної медико-санітарної допомоги, решта закладів готуються до їх підписання. За квітень-листопад 2018 року між пацієнтами та лікарями загальної практики в Кіровоградській області укладено 529 119 декларацій, що становить 55,63 % від населення області. У підписанні декларацій приймали участь 581 лікарів. Середня кількість декларацій на одного лікаря 910,7.

Забезпеченість лікарями загальної практики-сімейними лікарями поступово зростає з роками (табл. 3.5.), зростає і кількість штатних посад сімейних лікарів (з 375 в 2015 р. до 443,5 в 2017 р., або +18,3 %).

Зросли: кількість зайнятих посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів з 258,25 в 2015 р. до 342,0 в 2017 р., або +32,43 %; укомплектованість посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів з 2,06 в 2015 р. до 2,82 в 2017 р., або +36,9 %; абсолютна кількість фізичних осіб, які працюють в області сімейними лікарями (яких в 2015 р. було 199 осіб, а в 2017 р. стало 268 осіб). З усіх ЛЗП-СЛ атестовано 175 (65,3 %), кожен третій атестований лікар має вищу (67 або 38,2 %) та першу кваліфікаційну категорію (76 або 43,4 %).

Таблиця 3.5.

**Показники забезпеченості населення Кіровоградської області
лікарями загальної практики-сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ)**

Показник	2015 р.	2016 р.	2017 р.	Україна 2017 р.
Кількість штатних посад ЛЗП-СЛ	375,0	426,5	443,5	19 396,25
Кількість зайнятих посад ЛЗП-СЛ	258,25	325,25	342,0	16 328,0
Кількість фізичних осіб ЛЗП-СЛ (абс.)	199	262	268	13 980
Забезпеченість на 10 тис. населення	2,06	2,73	2,82	3,83
Атестовано від загального числа ЛЗП-СЛ:	143 (71,9 %)	149 (56,9 %)	175 (65,3 %)	8802 (59,8 %)
-на вищу категорію	46 (32,2 %)	56 (37,6 %)	67 (38,2 %)	3960 (45,0 %)
-на першу категорію	69 (48,2 %)	69 (46,3 %)	76 (43,4 %)	3395 (38,6 %)
-на другу категорію	28 (19,6 %)	24 (16,1 %)	32 (18,3 %)	1447 (16,4 %)

Якщо кількість сімейних лікарів в Кіровоградській області поступово зростає, то кількість педіатрів навпаки зменшується (табл. 3.6.).

Кількість зайнятих посад педіатрів зменшилася з 243,5 в 2015 р. до 228,5 в 2017 р. (– 6,3 %), при цьому кількість фізичних осіб педіатрів, які продовжили працювати в Кіровоградській області зменшилася на 10 до 184. В 2017 році забезпеченість педіатрами на 10 тис. населення в області (1,93) була меншою в порівнянні з показниками по Україні (2,08 на 10 тис. населення). Більшість педіатрів, які залишилися працювати з дітьми і підлітками атестовані (145 осіб або 78,8 %), з них майже половина мають вищу (63 особи або 43,4 %) та першу (65 осіб або 44,8 %) кваліфікаційну категорію, що засвідчує їх досвід роботи.

Таблиця 3.6.

Показники забезпеченості педіатрами населення Кіровоградської області

Показник	2015 р.	2016 р.	2017 р.	Україна 2017 р.
Кількість штатних посад педіатрів	289,0	291,0	281,0	9 015,75
Кількість зайнятих посад педіатрів	243,75	237,25	228,5	8 031,25
Кількість фізичних осіб педіатрів (абс.)	194	187	184	8 775
Забезпеченість педіатрами на 10 тис. населення	2,00	1,90	1,93	2,08
Атестовано від загального числа педіатрів	151 (77,8 %)	154 (82,4 %)	145 (78,8 %)	6 357 (72,4 %)
-на вищу категорію	62 (41,1 %)	64 (41,6 %)	63 (43,4 %)	3 484 (54,8 %)
-на першу категорію	78 (51,7 %)	73 (47,4 %)	65 (44,8 %)	1 974 (31,1 %)
-на другу категорію	11 (7,3 %)	17 (11,0 %)	17 (11,7 %)	899 (14,1 %)

Оскільки робота з підлітками має свої особливості, в допомогу лікарям первинного контакту застосовано сучасний закордонний досвід з організації клінік, дружніх до молоді. Так, в Кіровоградській області працює відділення на засадах дружнього до молоді підходу на базі комунального закладу «Обласний центр планування сім'ї та репродукції людини». При його створенні застосована модель клініки дружньої до молоді III рівня. До роботи з підлітками залучено лікарів акушер-гінекологів, терапевта, дерматовенеролога, психолога. Відділення має окремий вхід, реєстратуру, кабінети прийому спеціалістів (гінеколога, терапевта, дерматовенеролога) та психолога. За 2017 рік в заклад було здійснено 1772

(юнаками 46, дівчатами 578) звернення, зокрема підлітками у віці 14-18 років – 595 звернень (юнаків - 26, дівчат - 569), з них тільки до терапевта 164.

Фінансування відділення дружнього до молоді здійснюється за рахунок обласного бюджету. Відділення забезпечене тест системами для експрес діагностики ВІЛ/СНІДу та взаємодіє з центрами обласних та міських соціальних служб, місцевими установами, благодійними фондами та неурядовими організаціями, освітніми закладами. З відділенням дружнім до молоді співпрацює 7 волонтерів.

При підозрі на парентеральний вірусний гепатит для проведення профілактичних діагностичних обстежень підлітки направляються і до лікарів-інфекціоністів. В Кіровоградській області в 2017 році за штатним розкладом кількість посад інфекціоністів склала 74, з них дитячих інфекціоністів – 11,25 посади, на них фактично працювало 49 фізичних осіб лікарів-інфекціоністів, в тому числі дитячих 7. Від загального числа штатних посад на амбулаторно-поліклінічні заклади та підрозділи виділено 32,75 посад інфекціоністів, з яких зайнято 26,75, з них дитячих відповідно 2,5 та 1,75 посади.

Показник укомплектованості штатних посад лікарів-інфекціоністів становив в 2017 р. 83,4 %, що в порівнянні з попереднім роком (74,5 % в 2016 р.) свідчить про зростання. Аналогічно змінився показник укомплектованості посад фізичними особами лікарів-інфекціоністів (66,2 % в 2017 р. та 56,2 % в 2016 р.). Укомплектованість штатних посад лікарів-інфекціоністів дитячих, навпаки, зменшується з 88,8 % в 2016 р. до 77,7 % в 2017 р. Забезпеченість лікарями-інфекціоністами на 10 тис. населення склала 0,54 проти 0,44 в 2016 р., у тому числі інфекціоністами дитячими – 0,41. Питома вага атестованих лікарів-інфекціоністів в 2017 р. – 62,7 %, у тому числі дитячих – 57,1 %, зокрема вищу кваліфікаційну категорію мають лише 15 лікарів (29,4 %), першу – 12 лікарів (23,5 %).

Амбулаторно-поліклінічна допомога інфекційним хворим, підліткам в тому числі, надається лікарями-інфекціоністами в кабінетах інфекційних захворювань. В Кіровоградській області функціонує 26 таких кабінетів, з

них 24 – для дорослих, і лише 2 – для дітей в Світловодській ЦРЛ та в дитячій поліклініці міста Кропивницький.

Всього в області розгорнуто 556 інфекційних ліжок, у тому числі 270 ліжок для дорослих (у районах – 155, у містах – 115) та 286 ліжок для дітей (у районах – 135, у містах – 151). Забезпеченість інфекційними ліжками в 2017 р. на 10 тис. населення відповідного віку становить для дорослих – 2,84, для дітей – 3,01, що значно перевищує аналогічні показники по Україні (для дорослих – 1,9, для дітей – 1,98). У 2017 р. відмічається зменшення кількості пролікованих на інфекційних ліжках на 5,87 % у порівнянні з 2016 роком. Так, за 2017 рік проліковано 19 725 осіб проти 20 956 в 2016 році, з них 9 223 дорослих та 10 382 дитини (в 2016 році відповідно 10 084 та 10 872). Середня тривалість перебування хворих на ліжку у інфекційному відділенні поступово зменшується (на ліжках для дорослих з 9,6 в 2015 р. до 9,4 в 2017 р. при середньому по Україні 8,87; на ліжках для дітей з 8,4 в 2015 р. до 7,6 в 2017 р. при середньому по Україні 6,8 днів).

Отже, до надання профілактичної, лікувально-діагностичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами залучено: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в 26 центрах ПМСД Кіровоградської області, педіатрів та лікарів-інфекціоністів, в т.ч. дитячих. Встановлено, що при зростанні забезпеченості населення області сімейними лікарями (з 2,06 в 2015 р. до 2,82 в 2017 р.), вона залишається значно меншою, в порівнянні з показником по Україні (3,83 на 10 тис. населення). В 2017 році в області працювало 268 фізичних осіб ЛЗП-СЛ, що в порівнянні з 2015 роком (199 осіб), свідчить про зростання їх абсолютної кількості на 69 осіб. Кількість педіатрів, навпаки, зменшилася на 10 осіб (з 194 в 2015 р. до 184 в 2017 р.), при незначних змінах забезпеченості ними дитячого населення (з 2,0 в 2015 р. до 1,93 в 2017 р.). Забезпеченість дитячими лікарями-інфекціоністами (з 0,44 до 0,41) майже не змінилася.

В області організовано роботу клініки, дружньої до молоді, яка активно взаємодіє з питань надання медичної допомоги підліткам та

молоді з соціальними службами, освітніми закладами, місцевими установами, неурядовими організаціями та благодійними фондами, залучаючи до своєї роботи волонтерів.

Інфекційна служба області представлена роботою 26 кабінетів інфекційних захворювань (24—для дорослих, 2—для дітей) та 556 інфекційних ліжок (270 – для дорослих, 286 – для дітей). Забезпеченість інфекційними ліжками в 2017 р. для дорослих (2,84 на 10 тис. відповідного населення) та дітей (3,01) значно перевищує аналогічні показники в Україні (1,9 та 1,98 відповідно). Середня тривалість перебування хворого на ліжку в інфекційному відділенні зменшується, хоча продовжує перевищувати середні по Україні значення (ліжка для дорослих – 9,4 проти 8,87 по Україні; ліжка для дітей – 7,6 проти 6,8 днів по Україні). На 74 посадах інфекціоністів, з них 11,25 посадах дитячих інфекціоністів, в 2017 р. фактично працювало 49 осіб лікарів, в т.ч. 7 дитячих. При укомплектованості штатних посад 83,4 %, укомплектованість посад інфекціоністів фізичними особами лікарів становить 66,2 %, дитячих інфекціоністів – 77,7 %, що спонукає до інтенсифікації пошуку кадрового резерву за цією спеціальністю в області.

Висновки за розділом 3.

Встановлено зростання захворюваності на вірусні гепатити серед населення України (з 25,8 в 2007 р. до 29,67 в 2016 р., або на $13,1 \pm 0,26$ %), що відбувається за рахунок хронічного гепатиту (з 14,58 в 2007 р. до 17,44 в 2016 р. або в 1,2 разу, $p < 0,01$), з суттєвим переважанням в його структурі хронічного вірусного гепатиту С ($78,5 \pm 0,48$ %). В цілому по Україні в структурі захворюваності на вірусний гепатит зросла питома вага гострого вірусного гепатиту А (з $15,23 \pm 0,33$ % в 2007 р. до $23,85 \pm 0,38$ % в 2016 р.) та хронічного вірусного гепатиту (з $57,87 \pm 0,46$ % до $58,79 \pm 0,44$ %).

В структурі захворюваності дитячого населення на вірусний гепатит 83,6% належить гострому вірусному гепатиту А, парентеральні вірусні гепатити В і С суттєво зросли серед підлітків 15-17 років, при цьому виділяється їх питома вага в структурі захворюваності на хронічні вірусні гепатити у разі гепатиту С ($52,7 \pm 5,8 \%$).

Найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит в Україні виявлені в центральних і західних областях України (Закарпатській (74,64), Сумській (49,05), Миколаївській (41,26) та в м. Києві (46,76 на 100 тис. населення).

Для Кіровоградської області характерними були загальноукраїнські тенденції до зростання захворюваності на вірусний гепатит, її значення в 2016 р. в 1,2 рази перевищували середній в державі показник (35,52 проти 29,67 на 100 тис. населення). Область виділяється за високими рівнями захворюваності на хронічний вірусний гепатит (28,54 проти 17,44 по Україні), а саме: хронічний вірусний гепатит С (21,87 проти 13,69 по Україні); хронічний вірусний гепатит В (5,95 проти 3,59 на 100 тис. населення по Україні).

Виявлені регіональні особливості змін структури захворюваності на вірусний гепатит в Кіровоградській області проявилися суттєвим зменшенням питомої ваги гострих вірусних гепатитів (гострого вірусного гепатиту А з $21,56 \pm 2,3 \%$ в 2007 р. до $8,38 \pm 1,49 \%$ в 2016 р.; гострого вірусного гепатиту В з $18,75 \pm 2,18 \%$ до $6,65 \pm 1,34 \%$; гострого вірусного гепатиту С з $9,69 \pm 1,65 \%$ до $4,05 \pm 1,06 \%$) із зростанням майже вдвічі питомої ваги хронічного вірусного гепатиту (з $45,0 \pm 2,78 \%$ до $80,35 \pm 2,14 \%$).

До надання профілактичної, лікувально-діагностичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами залучено: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які працюють в 26 центрах ПМСД Кіровоградської області, педіатрів та лікарів-інфекціоністів, в т.ч. дитячих. Встановлено, що при зростанні забезпеченості населення області сімейними лікарями (з 2,06 в 2015 р. до 2,82 в 2017 р.), вона залишається

значно меншою, в порівнянні з показником по Україні (3,83 на 10 тис. населення). В області організовано роботу клініки, дружньої до молоді.

Інфекційна служба області представлена роботою 26 кабінетів інфекційних захворювань (24 – для дорослих, 2 – для дітей) та 556 інфекційних ліжок (270 – для дорослих, 286 – для дітей). Забезпеченість інфекційними ліжками в 2017 р. для дорослих (2,84 на 10 тис. відповідного населення) та дітей (3,01) значно перевищує аналогічні показники в Україні (1,9 та 1,98 відповідно). Вищою за середню по Україні є середня тривалість перебування хворого на інфекційному ліжку (ліжка для дорослих – 9,4 проти 8,87 по Україні; ліжка для дітей – 7,6 проти 6,8 днів по Україні). Укомплектованість посад інфекціоністів фізичними особами лікарів становить 66,2 %, дитячих інфекціоністів – 77,7 %, що спонукає до інтенсифікації пошуку кадрового резерву за цією спеціальністю в області.

Виявлено, що більшість вірусних гепатитів в Україні ($58,79 \pm 0,44$ %) діагностується в хронічній стадії захворювання, відсоток яких в Кіровоградській області досягає $80,35 \pm 2,14$ %, що спонукає до пошуку медико-організаційних причин формування виявлених тенденцій захворюваності, особливо зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити В і С серед дітей підліткового віку (15-17 р.), в структурі захворюваності хронічні вірусні гепатити яких, переважає саме гепатит С ($52,7 \pm 5,8$ %).

Надання профілактичної, лікувально-діагностичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами в області потребує удосконалення, що обґрунтовано надмірною забезпеченістю інфекційними ліжками для дітей (3,01 при 1,98 на 10 тис. нас. по Україні) при низькій укомплектованості посад інфекціоністів (66,2 %) та дитячих інфекціоністів (77,7 %) та нижчим забезпеченням населення області сімейними лікарями ніж по Україні (2,82 проти 3,83 на 10 тис. населення по Україні в 2017 р.).

Матеріали розділу представлені в особистих друкованих працях [313, 316, 319, 320, 322, 323, 327].

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ПІДЛІТКІВ, ОСВІТЯН, МЕДИКІВ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

4.1. Результати соціологічного дослідження думки сімейних лікарів щодо впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх обізнаності з цієї проблеми

Вивчення думки лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо готовності активно підтримати та включитися в роботу по реалізації заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед прикріпленого населення підліткового віку відбувалося із застосуванням методу соціологічного дослідження, зокрема анонімного анкетування.

З допомогою анкетного опитування вивчався комплекс факторів, які мають безпосередній вплив на реалізацію лікарем первинного контакту означеного профілактичного вектору роботи серед підростаючого покоління. Деталізувався не тільки вік лікарів, а й стаж їх роботи в медичній галузі, зокрема сімейним лікарем, кваліфікація, перекваліфікація, місце лікарської практики, ставлення до профілактики, зокрема попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, наявність знань, вмінь та умов для ефективної профілактики, пропозиції, які сприяли б зростанню ефективності профілактичної діагностичної роботи серед означеного контингенту.

Проведене соціологічне дослідження мало на меті вивчення проблем організації первинної профілактичної медичної допомоги підліткам в Кіровоградській області, зокрема щодо попередження поширення

парентеральних вірусних гепатитів, та можливостей її оптимізації. Була узагальнена думка практикуючих сімейних лікарів, висловлена анонімно, після короткої, передуючої опитуванню співбесіди, з роз'ясненням мети соціологічного дослідження та перспективи використання отриманих результатів для наукового дослідження.

Важливим елементом підготовки та проведення соціологічного дослідження було визначення методів збору і обробки інформації, розробка програми та його інструменту (анкет), деталізація яких наведена в другому розділі дисертації.

Результати аналітико-синтетичного аналізу відповідей на запитання анкет були опрацьовані, після чого основна інформація систематизована і подана в табл. 4.1. Середній вік опитаних сімейних лікарів склав $53,22 \pm 1,39$ роки, із значним переважанням ЛЗП/СЛ жіночої статі ($85,37 \pm 2,47$ % проти $14,63 \pm 2,47$ % чоловіків). Більшість ($99,02 \pm 0,69$ %) опитаних в Кіровоградській області сімейних лікарів працювали в містах (Кропивницький, Олександрія, Кіровоград).

При проведенні соціологічного дослідження важливе значення мало те, що лише $15,12 \pm 2,5$ % з опитаних сімейних лікарів мали стаж роботи в медичній галузі до 5 років, це саме той відсоток молоді, які отримали післядипломну освіту за фахом загальна практика-сімейна медицина та продовжують за цим фахом працювати.

Найчисельнішими виявилися групи респондентів, які мають 31-35 років стажу роботи в медичній галузі ($17,56 \pm 2,66$ %), 36-40 років ($22,44 \pm 2,91$ %) та 41-45 років ($12,2 \pm 2,29$ %) (табл. 4.1).

Середній стаж роботи респондентів в медичній галузі склав $29,1 \pm 1,87$ років. Попри те, що більшість опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) мали стаж роботи в медичній галузі більше 30 років, саме за фахом загальна практика-сімейна медицина більша половина ($54,15 \pm 3,48$ %) працює до 5 років, ще $19,02 \pm 2,74$ %, – протягом 6-10 років.

Таблиця 4.1.

Результати соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейних лікарів Кіровоградської області щодо заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування ЛЗП-СЛ	
		Абс. N= 205	P±m%
Ваша стать	чоловік	30	14,63±2,47
	жінка	175	85,37±2,47
Стаж роботи в медичній галузі	до 5 років	31	15,12±2,50
	6-10 років	18	8,78±1,98
	11-15 років	9	4,39±1,43
	16-20 років	6	2,93±1,18
	21-25 років	10	4,88±1,50
	26-30 років	20	9,76±2,07
	31-35 років	36	17,56±2,66
	36-40 років	46	22,44±2,91
	41-45 років	25	12,20±2,29
	46-50 років	1	0,49±0,49
	більше 50 років	3	1,46±0,84
Стаж роботи на засадах загальної практики-сімейної медицини	до 5 років	111	54,15±3,48
	6-10 років	39	19,02±2,74
	11-15 років	12	5,85±1,64
	16-20 років	11	5,37±1,57
	більше 20 років	32	15,61±2,53
Якою є ваша лікарська категорія	вища	70	34,15±3,31
	перша	68	33,17±3,29
	друга	36	19,02±2,74
	спеціаліст	31	15,12±2,50
Чи перекваліфіковувалися ви в сімейного лікаря та яку спеціальність мали до цього	з терапевта	119	58,05±3,45
	з педіатра	46	22,44±2,91
	не перекваліфіковувався, отримав освіту сімейного лікаря	40	19,51±2,77
Місце лікарської практики	місто	203	99,02±0,69
	село	2	0,98±0,69
Чи відчули Ви підвищення заробітної плати, коли стали СЛ	так	28	13,66±2,40
	ні	177	86,34±2,40
Чи вважаєте профілактичну роботу основною в практиці СЛ	так	152	74,15±3,06
	ні	53	25,85±3,06

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування ЛЗП-СЛ	
		Абс. N= 205	P±m%
Чи достатньо Вам знань для ефективної профілактики в родині	так	49	23,9±2,98
	ні	9	4,39±1,43
	необхідно постійно вдосконалювати свої знання	147	71,71±3,15
Чи вважаєте Ви повністю оснащеним своє робоче місце	так	13	6,34±1,70
	лише частково	69	33,66±3,30
	ні	123	60,0±3,42
В якому стані будівля сімейної амбулаторії, в якій Ви працюєте	відповідає затвердженому табелю оснащення	19	9,27±2,03
	потребує капітального ремонту	29	14,15±2,43
	потребує поточного ремонту	74	36,10±3,35
	потребує реконструкції/перепланування	35	17,07±2,63
	приміщення в гарному стані, не вистачає оснащення	48	23,41±2,96
Чи знайомі з факторами ризiku парентеральних вірусних гепатитів	так	202	98,54±0,84
	ні	3	1,46±0,84
Чи знайомі з основними шляхами передачі парентеральних вірусних гепатитів у дітей підліткового віку	так	175	85,37±2,47
	ні	30	14,63±2,47
Чи вдається виявляти фактори ризику у пацієнтів дільниці	так	143	69,76±3,21
	ні	62	30,24±3,21
Чи володієте необхідними знаннями щодо діагностики парентеральних вірусних гепатитів	так	177	86,34±2,40
	ні	28	13,66±2,40
Чи володієте практичними навичками діагностики парентеральних вірусних гепатитів	знаю лише в теорії, але навичок користування тест-системами не маю	122	59,51±3,43
	володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній буденній практиці їх не застосовую	63	30,73±3,22
	володію практичними навичками і застосовую їх в рутинній роботі	20	9,76±2,07
Чи забезпечено ваше робоче місце тест- системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів	так	19	9,27±2,03
	ні	186	90,73±2,03

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування ЛЗП-СЛ	
		Абс. N= 205	P±m%
Як часто застосовуєте знання та вміння з діагностики парентеральних вірусних гепатитів	постійно, якщо пацієнт входить в групу ризику	46	22,44±2,91
	іноді, коли спостерігаються симптоми хвороби	52	25,37±3,04
	рідко застосовую через брак часу	5	2,44±1,08
	рідко застосовую через відсутність умов та обладнання	63	30,73±3,22
	не застосовую	39	19,02±2,74
Чи володієте інформацією про маршрут пацієнта для діагностики парентеральних вірусних гепатитів	так	175	85,37±2,47
	ні	30	14,63±2,47
Який відсоток підлітків, яких Ви обслуговуєте відносяться до групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів	до 10 %	134	65,37±3,32
	10-20 %	57	27,80±3,13
	20-30 %	11	5,37±1,57
	30-40 %	3	1,46±0,84
	40-50 %	0	-
	більше 50 %	0	-
Чи повинен сімейний лікар разом з інфекціоністом формувати стратегію ведення, лікування підлітка з парентеральним вірусним гепатитом	так, він постійно взаємодіє з пацієнтом і спостерігає за його станом	156	76,10±2,98
	ні, достатньо інфекціоніста	49	23,90±2,98
Чи достатньо часу, відведеного на прийом сімейному лікарю для повноцінного обстеження підлітків, зокрема щодо профілактики поширення інфекцій, які передаються парентерально, зокрема вірусні гепатити В і С	достатньо	39	19,02±2,74
	часу вистачає тільки на загальну розмову з пацієнтом, профілактичні обстеження провести не можливо	93	45,37±3,48
	ні, часу не вистачає	73	35,61±3,34
Чи сприяла б ретельніший профілактиці додаткова фінансова винагорода/доплата сімейному лікарю	так	122	59,51±3,43
	ні, тому що такі дослідження потребують додаткового часу	32	15,61±2,53
	ні, тому що не маю достатніх умов	36	17,56±2,66
	ні	15	7,32±1,82

Продовж. табл. 4.1.

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування ЛЗП-СЛ	
		Абс. N= 205	P±m%
Чи хотіли б Ви отримати додаткові знання та навички з профілактичних діагностичних обстежень підлітків на парентеральні вірусні гепатити	так, маю таке бажання	161	78,54±2,87
	ні, вважаю, що такі дослідження повинен проводити інфекціоніст, до якого сімейний лікар повинен відправити пацієнта у разі виявлення підозри	20	9,76±2,07
	ні	24	11,71±2,25
Чи сприяли б ефективній боротьбі з поширенням парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді державні скринінгові/профілактичні програми	так	186	90,73±2,03
	ні	19	9,27±2,03
Як часто підлітки, що знаходяться під наглядом інфекціоніста з приводу парентеральних вірусних гепатитів, звертаються до Вас у періоді реабілітації, після проведеної терапії	сімейний лікар не повинен займатися реабілітацією	15	7,32±1,82
	трапляються випадки таких звернень	134	65,37±3,32
	таких випадків не було	56	27,32±3,11

Середній стаж роботи респондентів за фахом загальна практика-сімейна медицина склав $10,27 \pm 1,73$ роки, при тому, що $15,61 \pm 2,53\%$ відмітили, що мають стаж роботи сімейним лікарем (в тому числі сімейним терапевтом) більше 20 років.

Результати дослідження показали, що у більшості практикуючих сімейних лікарів досвід роботи в медичній галузі значно переважає стаж роботи на засадах загальної практики-сімейної медицини, що потребувало відповідної перекваліфікації. Більшість ($58,05 \pm 3,45\%$) респондентів перед тим, як перекваліфікуватися в сімейних лікарів, були терапевтами, понад 20,0 % ($22,44 \pm 2,91\%$) – педіатрами; $19,51 \pm 2,77\%$ відмітили, що їм перекваліфікуватися не прийшлося, вони відразу після

інтернатури за фахом загальна практика-сімейна медицина працювали за принципами сімейної медицини.

Про досвід лікарів свідчать дані, що третина з них мали вищу кваліфікаційну категорію ($34,15 \pm 3,31$ %), ще третина ($33,17 \pm 3,29$ %), – першу кваліфікаційну категорію, $15,12 \pm 2,50$ % опитаних були спеціалістами за фахом, але за браком стажу роботи не мали змоги отримувати категорію.

На питання чи відчули Ви підвищення заробітної плати після того, як перекваліфікувалися та розпочали роботу сімейним лікарем, більшість ($86,34 \pm 2,40$ %) відповіли негативно, лише $13,66 \pm 2,40$ % засвідчили, що відчули це підвищення.

Більша половина сімейних лікарів ($60,0 \pm 3,42$ %) зазначили, що обладнання їх робочого місця повністю не відповідає вимогам табелю оснащення, ще третина $33,66 \pm 3,30$ % вважають лише частково забезпеченим своє робоче місце. В понад третини ($36,10 \pm 3,35$ %) приміщення сімейної амбулаторії потребує поточного ремонту, $17,07 \pm 2,63$ % відмітили необхідність її реконструкції, а в $14,15 \pm 2,43$ % – капітального ремонту. Кожен четвертий лікар загальної практики-сімейний лікар ($23,41 \pm 2,96$ %) відмітив, що приміщення сімейної амбулаторії в гарному стані, але не вистачає оснащення. Лише $9,27 \pm 2,03$ % сімейних лікарів зазначили, що будівля сімейної амбулаторії, в якій вони надають первинну медичну допомогу пацієнтам, відповідає комплексу оснащення та приміщень згідно табелю, затвердженого МОЗ України. Тобто, $67,3$ % лікарів працюють в умовах, що не в повному обсязі відповідають потребам для виконання функціональних обов'язків.

Кожен четвертий ($25,85 \pm 3,06$ %) не вважає профілактичну роботу основною в практиці сімейного лікаря, хоча більшість ($74,15 \pm 3,06$ %) погоджуються з таким твердженням.

Разом з тим, переважна більшість опитаних сімейних лікарів ($71,71 \pm 3,15$ %) вважають необхідним вдосконалювати свої знання для

ефективного надання профілактичної медичної допомоги в родинях, при цьому $23,9 \pm 2,98$ % засвідчують відсутність відповідних знань.

З факторами ризику парентеральних вірусних гепатитів знайомі майже всі $98,54 \pm 0,84$ % сімейні лікарі, більшість ($85,37 \pm 2,47$ %) також знайомі із шляхами їх передачі, хоча $30,24 \pm 3,21$ % з них відмічає, що на практиці їм не вдається виявити відомі їм фактори ризику серед прикріпленого населення, зокрема у підлітків.

На думку більшої половини опитаних сімейних лікарів ($65,37 \pm 3,32$ %) серед прикріпленого населення, відсоток підлітків, яких можна було б віднести в групу ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів не перевищує 10,0 %. Проте кожен третій ($27,8 \pm 3,13$ %) ЛЗП/СЛ вважає цей відсоток значно більшим (від 10,0 % до 20,0 %).

Більшість сімейних лікарів ($86,34 \pm 2,40$ %) зазначили, що володіють усіма необхідними знаннями щодо діагностики парентеральних вірусних гепатитів, проте залишається $13,66 \pm 2,40$ %, які відверто відповіли, що такими знаннями не володіють. При цьому, переважають ($59,51 \pm 3,43$ %) лікарі, які лише теоретично ознайомлені з методами та практичними навичками діагностики парентеральних вірусних гепатитів, і не мають навичок користування тест-системами. Ще третина ($30,73 \pm 3,22$ %) сімейних лікарів хоч володіє і знаннями і практичними навичками, але в щоденній рутинній практиці їх не застосовує. І лише близько 10,0 % ($9,76 \pm 2,07$ %) сімейних лікарів в повній мірі володіє і застосовує в роботі обстеження щодо виявлення парентеральних вірусних гепатитів. Відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень заважає ще третині респондентів ($30,73 \pm 3,22$ %) застосовувати набуті знання та вміння з діагностики парентеральних вірусних гепатитів.

Більшість ($90,73 \pm 2,03$ %) лікарів загальної практики-сімейних лікарів відмітили, що їх робоче місце (сімейна амбулаторія) не забезпечені тест-системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів, хоча

9,27±2,03 % вказали на їх наявність. Натомість переважна їх більшість (85,37±2,47 %) знає маршрут, за яким треба направляти пацієнта для діагностики парентеральних вірусних гепатитів, що в такій ситуації стає цінними. Решта (14,63±2,47 %) лікарів загальної практики не знають куди направити пацієнта (підлітка) при підозрі на парентеральний вірусний гепатит для проведення діагностики, профілактичних обстежень.

На питання, чи повинен ЛЗП/СЛ брати участь разом з інфекціоністом у формуванні стратегії ведення, лікування пацієнта (підлітка) з діагностованим парентеральним вірусним гепатитом. 23,9±2,98 % лікарів відповіли, що такими пацієнтами мають займатися виключно інфекціоністи. Більша половина (76,1±2,98 %) лікарів загальної практики-сімейних лікарів засвідчили свою готовність взяти участь у цій роботі, так як сімейний лікар має постійно взаємодіяти з пацієнтом та спостерігати за його станом.

На обговорення питання часу, відведеного на прийом сімейному лікарю для обстеження підлітків, зокрема проведення профілактики інфекцій, які передаються гемоконтактно (парентерально), наприклад вірусний гепатит В і С отримані наступні відповіді. Так, лише 19,02±2,74 % лікарів загальної практики-сімейних лікарів вказали, що їм достатньо часу, 35,61±3,34 % категорично скаржилися про його нестачу для повноцінного профілактичного обстеження підлітків, 45,37±3,48 % зазначили, що виділеного на одного пацієнта часу вистачає тільки на загальну розмову з пацієнтом, встигнути провести профілактичні обстеження практично неможливо.

Більше третини сімейних лікарів зазначили, що навіть фінансова винагорода (доплата) не сприятиме їх ретельнішій профілактичній діагностичній роботі через відсутність достатніх умов (17,56±2,66 %), та через те, що такі дослідження потребують додаткового часу (15,61±2,53 %). Разом з тим, більша половина (59,51±3,43 %) сімейних

лікарів згідні отримувати додаткову фінансову винагороду за ретельнішу профілактичну діагностичну роботу.

Майже всі ($90,73 \pm 2,03$ %) лікарі загальної практики-сімейні лікарі підтвердили, що ефективній боротьбі з поширенням парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді сприяли б державні скринінгові профілактичні програми. $78,54 \pm 2,87$ % сімейних лікарів виявили бажання отримати додаткові знання та навички щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, особливо серед підлітків. При цьому, кожен десятий лікар ($11,71 \pm 2,25$ %) такого бажання не виявив та ще $9,76 \pm 2,07$ % опитаних не виявили бажання оволодівати знаннями та навичками, вважаючи, що такі дослідження повинен проводити інфекціоніст, а сімейних лікар має лише направити пацієнта до нього у разі виникнення підозри.

Більша половина респондентів ($65,37 \pm 3,32$ %) зазначають, що в їх практиці траплялися випадки звернення пацієнтів (підлітків) або в період реабілітації, або після проведеної терапії, навіть коли пацієнт продовжує знаходитися під наглядом інфекціоніста з приводу парентерального вірусного гепатиту.

Таким чином, нами з'ясовано, що у половини працюючих сімейних лікарів в Кіровоградській області ($54,15 \pm 3,48$ %) досвід роботи на засадах загальної практики-сімейної медицини не перевищує 5-ти років, при тому, що більшість працюють в медичній галузі 30 і більше років. В основному сімейними лікарями ставали після перекваліфікації з терапевта ($58,05 \pm 3,45$ %) та педіатра ($22,44 \pm 2,91$ %). Лише кожен п'ятий ($19,51 \pm 2,77$ %) отримав післядипломну освіту за фахом «загальна практика-сімейна медицина» і продовжує працювати на засадах сімейної медицини без перекваліфікації.

Ефективній роботі заважає і недостатнє матеріально-технічне забезпечення первинної ланки: лише у $9,27 \pm 2,03$ % сімейних лікарів

оснащення сімейної амбулаторії повністю відповідає таблицю, затверджену МОЗ України, у $60,0 \pm 3,42\%$, - повністю йому не відповідає, у $33,66 \pm 3,30\%$, - лише частково. Третина ($36,10 \pm 3,35\%$) приміщень сімейної амбулаторії потребує поточного ремонту, $17,07 \pm 2,63\%$, - реконструкції, $14,15 \pm 2,43\%$ - капітального ремонту, лише у $23,41 \pm 2,96\%$ випадках приміщення сімейної амбулаторії в гарному стані.

Кожен четвертий ($25,85 \pm 3,06\%$) сімейний лікар не вважає профілактичну роботу основною в своїй діяльності, приблизно стільки ж ($23,9 \pm 2,98\%$) зазначили, що їм не вистачає відповідних знань.

Лише 10% ($9,76 \pm 2,07\%$) лікарів загальної практики-сімейних лікарів володіють практичними навичками діагностики парентерального вірусного гепатиту і застосовують їх в своїй буденній практиці. Кожен третій ($30,73 \pm 3,22\%$) рідко застосовує свій потенціал знань та вмінь з цією метою через відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень, $59,51 \pm 3,43\%$ не мають навичок користування тест-системами. Більшість ($90,73 \pm 2,03\%$) сімейних лікарів відмітили відсутність на їх робочому місці (сімейній амбулаторії) тест-систем для діагностики парентеральних вірусних гепатитів. $78,54 \pm 2,87\%$ сімейних лікарів виявили бажання отримати додаткові знання та навички щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, особливо серед підлітків. Натомість переважна більшість лікарів загальної практики-сімейних лікарів ($85,37 \pm 2,47\%$) обізнані з маршрутом, за яким треба направляти пацієнта для діагностики парентерального вірусного гепатиту.

Майже всі ($90,73 \pm 2,03\%$) лікарі загальної практики-сімейні лікарі підтвердили, що ефективній боротьбі з поширенням парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді сприяли б державні скринінгові профілактичні програми.

4.2. Результати вивчення думки вчителів та викладачів щодо впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх обізнаності з цієї проблеми

В цьому підрозділі дисертаційного дослідження представлено результати вивчення (методом соціологічного дослідження) ставлення вчителів та викладачів Кіровоградської області до проблеми поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та їх готовності прийняти участь у заходах з попередження їх поширення. Всього в якості респондентів було залучено 399 освітян, середного віку $43,01 \pm 1,69$ років, з переважанням жінок ($85,46 \pm 1,93$ %), одружених ($68,42 \pm 2,33$ %), мешканців міської місцевості Кіровоград, Олександрія, Кропивницький ($94,74 \pm 1,12$ %). Більшість опитаних освітян мали повну вищу ($94,24 \pm 1,17$ %) із значним стажем роботи педагогом. Їх відповіді на питання запропонованої їм анкети після опрацювання, сформовані в таблиці 4.2.

Викладачі, які мали до 5 років стажу склали $14,04 \pm 1,74$ % з подальшим рівномірним розподілом респондентів за стажем роботи (від 6 до 10 років – $13,03 \pm 1,69$ %; від 11 до 15 років – $14,29 \pm 1,75$ %; від 16 до 20 років – $14,54 \pm 1,76$ %; від 21 до 25 років – $13,28 \pm 1,70$ %; від 26 до 30 років – $14,04 \pm 1,74$ %; більше 15 % викладачів зі стажем більше 31 року).

Серед респондентів, які брали участь у опитуванні, більшість ($81,70 \pm 1,94$ %) працюють з підлітками в школі. Решта $18,3 \pm 1,94$ % викладають студентами перших курсів ПТУ та ВНЗ. Майже половина опитаних ($47,62 \pm 2,50$ %) додатково до педагогічного навантаження є класними керівниками та займаються виховною роботою (табл. 4.2.).

Наступним етапом опитування стало з'ясування наявності знань у вчителів і викладачів про можливі шляхи передачі інфекції при парентеральних вірусних гепатитах та можливих ризики інфікування ними в середовищі підлітків та молоді.

Таблиця 4.2.

Результати соціологічного опитування обізнаності вчителів та викладачів Кіровоградської області про парентеральні вірусні гепатити та заходи з попередження їх поширення серед підлітків

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Стать	чоловік	58	14,53±1,81
	жінка	341	85,46±1,93
Сімейний стан	одружений(а)	273	68,42±2,33
	не одружений(а)	126	31,58±2,33
Місце проживання	місто	378	94,74±1,12
	село	21	5,26±1,12
Освіта	вища	376	94,24±1,17
	неповна вища	11	2,76±0,82
	середня спеціальна	12	3,01±0,86
Скільки років працюєте вчителем/викладачем	до 5 років	56	14,04±1,74
	6 – 10 років	52	13,03±1,69
	11 – 15 років	57	14,29±1,75
	16 – 20 років	58	14,54±1,76
	21 – 25 років	53	13,28±1,70
	26 – 30 років	56	14,04±1,74
	31-35 років	36	9,02±1,43
	36 – 40 і більше років	31	7,77±1,34
Чи є Ви класним керівником	так	190	47,62±2,50
	ні	209	52,38±2,50
<i>Назвіть відомі Вам можливі шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів та можливі ризики інфікування ними:</i>			
Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом при сексуальних стосунках з непостійним партнером не використовуючи презерватив	так	318	79,70±2,01
	ні	57	14,29±1,75
	не визначився з відповіддю	24	6,02±1,19
Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом якщо з'їсти їжу, запропоновану людиною з вірусним гепатитом В або С	так	141	35,34±2,39
	ні	228	57,14±2,48
	не визначився з відповіддю	30	7,52±1,32
Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом через укуси комарів	так	153	38,35±2,43
	ні	204	51,13±2,50
	не визначився	42	10,53±1,54

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом користуючись спільними предметами навчання та побуту з особою, інфікованою вірусним гепатитом В або С	так	138	34,59±2,38
	ні	232	58,15±2,47
	не визначився з відповіддю	29	7,27±1,30
Вважаю, що я дуже ризикую інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом, працюючи в навчальному закладі з молоддю	так	75	18,80±1,96
	ні	294	73,68±2,20
	не визначився з відповіддю	30	7,52±1,32
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при потисканні рук, дружніх обіймах	так	34	8,52±1,40
	ні	347	86,97±1,69
	не визначився з відповіддю	18	4,51±1,04
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при оральних сексуальних контактах без використання презервативу	так	289	72,43±2,24
	ні	57	14,29±1,75
	не визначився з відповіддю	53	13,28±1,70
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при гомосексуальних контактах без використання презервативу	так	308	77,19±2,10
	ні	45	11,28±1,58
	не визначився з відповіддю	46	11,53±1,60
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися перебуваючи в статевих стосунках без презервативу з споживачем ін'єкційних наркотиків	так	346	86,72±1,70
	ні	28	7,02±1,28
	не визначився з відповіддю	25	6,27±1,21
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом	так	142	35,59±2,40
	ні	220	55,14±2,49
	не визначився з відповіддю	37	9,27±1,45

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися через спільний посуд	так	111	27,82±2,24
	ні	257	64,41±2,40
	не визначився з відповіддю	31	7,77±1,34
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися під час розмови, кашлю	так	66	16,54±1,86
	ні	302	75,69±2,15
	не визначився з відповіддю	31	7,77±1,34
Парентеральний вірусний гепатит може передатися від вагітної жінки до дитини	так	309	77,44±2,09
	ні	40	10,03±1,50
	не визначився з відповіддю	50	12,53±1,66
Парентеральний вірусний гепатит може передатися від матері, яка інфікована, до немовляти при грудному вигодовуванні нею	так	241	60,40±2,45
	ні	100	25,06±2,17
	не визначився з відповіддю	58	14,54±1,76
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в косметичному салоні (педикюр, манікюр, інші процедури)	так	364	91,23±1,42
	ні	22	5,51±1,14
	не визначився з відповіддю	13	3,26±0,89
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в перукарні	так	250	62,66±2,42
	ні	110	27,57±2,24
	не визначився з відповіддю	39	9,77±1,49
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при переливанні крові, гемодіалізі	так	378	94,74±1,12
	ні	15	3,76±0,95
	не визначився з відповіддю	6	1,5±0,61
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при нанесенні татуювань на шкіру	так	381	95,49±1,04
	ні	14	3,51±0,92
	не визначився з відповіддю	4	1,0±0,50
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при відвідуванні стоматолога	так	377	94,49±1,14
	ні	17	4,26±1,01
	не визначився	5	1,25±0,56

Продовження табл. 4.2.

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в медичному закладі під час різних оперативних втручань	так	372	93,23±1,26
	ні	16	4,01±0,98
	не визначився з відповіддю	11	2,76±0,82
Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в медичному закладі під час проведення ін'єкцій	так	347	86,97±1,69
	ні	32	8,02±1,36
	не визначився з відповіддю	20	5,01±1,09
Чи допускаєте ви особисто можливість інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом?	так	165	41,35±2,47
	ні	141	35,34±2,39
	не визначився з відповіддю	93	23,31±2,12
Вважаю, що особи з парентеральними вірусними гепатитами (В та С), для захисту оточуючих від інфікування мають лікуватися окремо	так	178	44,61±2,49
	ні	155	38,85±2,44
	не визначився з відповіддю	66	16,54±1,86
Вважаю, що особи з парентеральним вірусним гепатитами (В та С) для попередження поширення вірусних гепатитів повинні навчатися окремо	так	94	23,56±2,12
	ні	236	59,15±2,46
	не визначився з відповіддю	69	17,29±1,89
Діти/студенти в класі/групі мають знати про підлітка, який інфікований парентеральним вірусним гепатитом В або С	так	141	35,34±2,39
	ні	202	50,63±2,50
	не визначився з відповіддю	56	14,04±1,74
Вважаю, що вчитель/викладач, який знає, що інфікований вірусним гепатитом, який передається парентеральним шляхом (через кров), може продовжувати працювати, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору інфікування	так	294	73,68±2,20
	ні	60	15,04±1,79
	не визначився з відповіддю	45	11,28±1,58

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Якщо виявиться, що член моєї родини інфікований парентеральним вірусним гепатитом (В або С), я хочу тримати це в секреті	так	261	65,41±2,38
	ні	74	18,55±1,95
	не визначився з відповіддю	64	16,04±1,84
Якщо виявиться, що в колективі чи в родині, хтось із Вашого оточення захворів на вірусний гепатит В або С, ви зможете перебувати з ним в одному приміщенні/квартирі	так	325	81,45±1,95
	ні	35	8,77±1,42
	не визначився з відповіддю	39	9,77±1,49
Я почувався б спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від колеги з вірусним гепатитом В або С	так	208	52,13±2,50
	ні	93	23,31±2,12
	не визначився з відповіддю	98	24,56±2,15
Я почувався б спокійно, користуючись спільними предметами побуту та викладання разом із колегою, який має вірусний гепатит В або С	так	144	36,09±2,40
	ні	175	43,86±2,48
	не визначився з відповіддю	80	20,05±2,0
Якщо б Вам стало відомо, що продавець продуктового магазину має вірусний гепатит В або С, чи будете Ви продовжувати купувати у нього продукти	так	68	17,04±1,88
	ні	230	57,64±2,47
	не визначився з відповіддю	101	25,31±2,18
Моє ставлення до знайомої людини кардинально змінилося б, після звістки про її інфікування гепатитом В або С	так	56	14,04±1,74
	ні	291	72,93±2,22
	не визначився з відповіддю	52	13,03±1,69
Чи вважаєте ви за доцільне запровадити щорічне обов'язкове обстеження підлітків на вірусний гепатити, які передаються парентеральним шляхом	так	334	83,71±1,85
	ні	36	9,02±1,43
	не визначився з відповіддю	29	7,27±1,30

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування освітян	
		Абс. N= 399	P±m%
Просимо Вас вказати на використання в повсякденній роботі:			
Проведення роз'яснювальної роботи з батьками про безпечну, в тому числі сексуальну поведінку підлітків	так	301	75,44±2,15
	ні	61	15,29±1,80
	планую	37	9,27±1,45
Інформуєте учнів щодо шляхів передачі парентеральних інфекцій (зокрема вірусного гепатит В і С), заходи захисту та профілактики	так	328	82,21±1,91
	ні	26	6,52±1,24
	планую	45	11,28±1,58
Проведення роз'яснювальної роботи з учнями про негативний вплив на здоров'я вживання алкогольних напоїв, наркотичних речовин	так	385	96,49±0,92
	ні	5	1,25±0,56
	планую	9	2,26±0,74
Даєте рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків	так	297	74,44±2,18
	ні	54	13,53±1,71
	планую	48	12,03±1,63
Проводите заходи серед учнів із профілактики вживання наркотиків	так	361	90,48±1,47
	ні	23	5,76±1,17
	планую	15	3,76±0,95
Залучаєте до профілактичної роботи медичних працівників	так	299	74,94±2,17
	ні	30	7,52±1,32
	планую	70	17,54±1,90

Виявилося, що більшість освітян ($79,7 \pm 2,01$ %) знають про можливість зараження парентеральним вірусним гепатитом при сексуальних стосунках з непостійним партнером без використання індивідуального засобу захисту (презерватива), тоді як $14,29 \pm 1,75$ % вважають це неможливим, ще $6,02 \pm 1,19$ % не визначилися із відповіддю. Тобто практично кожен п'ятий викладач не має сформованої настороженості щодо цього шляху передачі парентерального вірусного гепатиту. Проте, $35,34 \pm 2,39$ % опитаних вважають, що парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися з'ївши їжу, запропоновану

хворою людиною, при користуванні спільними предметами побуту та навчання ($34,59 \pm 2,38$ %), через укуси комара ($38,35 \pm 2,43$ %).

Кожен п'ятий викладач ($18,80 \pm 1,96$ %) має насторогу та відчуває ризик інфікування, працюючи в навчальному закладі саме підлітками та молоддю. Разом з тим, $73,68 \pm 2,20$ % опитаних такого ризику не відчували, як і більшість освітян, які засвідчили, що ризик інфікування відсутній при потисканні рук і дружніх обіймах ($86,97 \pm 1,69$ %).

Незважаючи на те, що більшість респондентів усвідомлюють загрозу інфікування парентеральним вірусним гепатитом при оральних сексуальних та гомосексуальних контактах без використання презервативу ($72,43 \pm 2,24$ % та $77,19 \pm 2,10$ % відповідно), понад 20,0 % опитаних таку загрозу не усвідомлюють ($14,29 \pm 1,75$ % та $11,28 \pm 1,58$ % відповідно), досі залишаючись у сумнівах щодо її наявності ($13,28 \pm 1,70$ % та $11,53 \pm 1,60$ % відповідно). Переважна більшість ($86,72 \pm 1,70$ %) знають про існуючу загрозу інфікування парентеральним вірусним гепатитом від осіб, які перебувають у статевих стосунках зі споживачами ін'єкційних наркотиків без презервативу. Однак, залишається ще $7,02 \pm 1,28$ % дорослих людей, вчителів, які не знають про цю загрозу і ще $6,27 \pm 1,21$ % тих, які не впевнені в цьому. Близько третини респондентів зазначили можливість інфікування через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом ($35,59 \pm 2,40$ %), посудом ($27,82 \pm 2,24$ %), а при розмові з інфікованим пацієнтом, або при його кашлі відчують загрозу інфікування $16,54 \pm 1,86$ % опитаних, ще $7,77 \pm 1,34$ % сумніваються в наявності такої загрози та більшість ($75,69 \pm 2,15$ %) впевнені у її відсутності.

Кожен десятий ($12,53 \pm 1,66$ %) респондент не знає, чи передається парентеральний вірусний гепатит від вагітної жінки до дитини, ще $10,03 \pm 1,50$ % впевнені у відсутності такої загрози, хоча більшість ($77,44 \pm 2,09$ %) знають, що вона є. Впевнені, що загроза передачі інфекції від інфікованої матері до немовляти під час годування грудним молоком

60,40±2,45 % опитаних, 14,54±1,76 % не впевнені в такій загрозі, 25,06±2,17 % переконані у її відсутності.

Наявність ризику зараження парентеральним вірусним гепатитом в косметичному салоні підчас педикюру, манікюру, визнає більшість (91,23±1,42 %) вчителів та викладачів, лише 5,51±1,14 % про це не знають, а 3,26±0,89 % сумніваються. Щодо наявності його в перукарні, то відповіді розподілились наступним чином: 62,66±2,42 % інформовані, 27,57±2,24 % - вважає це неможливим, а 9,77±1,49 % не визначилися. Більше 90,0 % опитаних респондентів інформовані про ймовірність інфікування при переливанні крові, гемодіалізі (94,74±1,12 %), відвідуванні стоматолога (94,49±1,14 %), під час різних оперативних втручань в медичному закладі (93,23±1,26 %), нанесенні татуювань на шкіру (95,49±1,04 %). Проведення ін'єкцій в стінах медичного закладу на думку більшості респондентів також становить загрозу зараження парентеральним вірусним гепатитом (86,97±1,69 %).

Особисту можливість інфікування парентеральним вірусним гепатитом визнали 41,35±2,47 % опитаних, 35,34±2,39 % - відповіли, що не відчувають такої загрози, і ще майже третина (23,31±2,12 %), - не змогли визначитися з відповіддю на задане питання. Зазначене засвідчує лише початковий етап формування або не сформовану ще настороженість, відсутність повного усвідомлення загрози передачі парентеральних інфекцій в середовищі освітян.

Близько третини вчителів і викладачів вважають, що особи інфіковані парентеральним вірусним гепатитом мають, і навчатися (23,56±2,12 %), і лікуватися (44,61±2,49 %) окремо від інших, щоб захистити оточуючих від інфікування. Значним залишився відсоток осіб, які не змогли визначитися у відповіді (16,54±1,86 % та 17,29±1,89 % відповідно) на задане питання. Виявлені нами результати дозволяють попередньо робити висновок про формування стигматизації освітнього суспільства щодо інфікованих парентеральними вірусними гепатитами при незнанні основних шляхів

передачі інфекції. Проблемним постає питання анонімності перебування інфікованого в найближчому оточуючому середовищі.

Третина ($35,34 \pm 2,39$ %) вчителів вважають, що діти (підлітки) мають знати про інфікованість парентеральним вірусним гепатитом свого однолітка, в той час як $50,63 \pm 2,50$ % висловилися за анонімність інформації, ще $14,04 \pm 1,74$ % не змогли визначитися в своєму рішенні. Водночас, за умов обізнаності стосовно інфікованості когось із власного оточення, більша половина ($65,41 \pm 2,38$ %) схильна тримати цю інформацію в секреті, ще $16,04 \pm 1,84$ % сумнівалися у виборі рішення.

З'ясовано, що у випадках виявлення в колективі чи в родині хворого на парентеральний вірусний гепатит, більшість ($81,45 \pm 1,95$ %) зможуть продовжувати перебувати з ним в одному приміщенні, та почувалися б спокійно, отримуючи від нього допомогу ($52,13 \pm 2,50$ %), щоправда неспокійними при цьому себе почували б $23,31 \pm 2,12$ % опитаних. Кожен третій ($24,56 \pm 2,15$ %) засвідчив свої сумніви щодо спокійного ставлення до контактів та взаємодією з колегою, у якого діагностовано парентеральний вірусний гепатит, $43,86 \pm 2,48$ % опитаних почувалися б неспокійно користуючись одними предметами викладання та побуту.

Більша половина ($57,64 \pm 2,47$ %) припинили б відвідувати продуктовий магазин, де продавець інфікований парентеральним вірусним гепатитом, і знову ж відсоток осіб, які не знали відповідь на це питання склав $25,31 \pm 2,18$ %, лише $17,04 \pm 1,88$ % не зупинила б така звістка. Зазначене вище переконує нас у тому, що принаймні кожен четвертий респондент не знає чи становить особисто для нього загрозу особа, інфікована парентеральним вірусним гепатитом. Отже, відсутні знання про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів формують упереджене ставлення в суспільстві до осіб, що стикнулися з проблемою інфікування. Більшість ($72,93 \pm 2,22$ %) респондентів не міняли б свого ставлення до знайомих після звістки про їх захворювання на парентеральний вірусний гепатит. При тому, що

більшість ($83,71 \pm 1,85$ %) викладачів і вчителів підтримують ініціативне запровадження щорічного діагностичного профілактичного обстеження підлітків на парентеральні вірусні гепатити, $9,02 \pm 1,43$ %, – відверто висловлюються, що рішення про доцільність проведення профілактичного діагностичного обстеження має приймати кожен підліток особисто, попередньо порадившись з родиною, батьками.

Більше половини вчителів ($75,44 \pm 2,15$ %) працюють не лише з підлітками, але і з їх батьками, в тому числі щодо безпечної сексуальної поведінки підлітків, ще $9,27 \pm 1,45$ % планують її проведення. $82,21 \pm 1,91$ % інформують учнів про гемоконтактні парентеральні шляхи передачі вірусних гепатитів, відомі їм заходи захисту та профілактики, ще $11,28 \pm 1,58$ %, – планують згодом розпочати таку роботу.

Переважна більшість ($96,49 \pm 0,92$ %) вчителів та викладачів регулярно проводять бесіди з учнями про негативний вплив на здоров'я та поведінку дитячого, підліткового організму, вживання алкоголю та наркотичних речовин, $90,48 \pm 1,47$ %, – проводять заходи із профілактики вживання наркотичних речовин, $74,44 \pm 2,18$ %, опитаних засвідчили, що проводять бесіди з учнями щодо безпечних сексуальних стосунків, приблизно стільки ж освітян ($74,94 \pm 2,17$ %) залучають до профілактичної роботи з підлітками медичних працівників, ще $17,54 \pm 1,90$ % опитаних засвідчили в своїх найближчих планах взаємодію (при роботі з підлітками в профілактичному напрямку збереження здоров'я) з медичними працівниками. Аналіз отриманих результатів переконує у готовності освітян до взаємодії із медичними працівниками та настановує на думку про наявність невикористаного потенціалу щодо міжсекторального впливу на вирішення проблеми попередження поширеності парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, шляхом залучення і освітян, які безпосередньо з ними контактують.

Більшість освітян зазначили, що основними джерелами інформації з проблеми поширення парентеральних вірусних інфекцій залишаються:

Інтернет; засоби масової інформації (ЗМІ); телебачення; бесіди з медичними працівниками; буклети та медична навчальна література, включаючи статті в періодичних медичних виданнях. Виявлена потреба отримувати інформацію в умовах живого спілкування з лікарями-практиками, через лекційні заняття, ЗМІ, повідомлення та програми на телебаченні.

Серед інформації, яка могла б зацікавити респондентів, і при цьому високим був би рівень довіри до її змісту, відмічені: спілкування з кваліфікованими спеціалістами з медичного закладу з питань про шляхи розповсюдження інфекції; шляхи та заходи запобігання зараженню парентеральними інфекціями в підлітковому віці; достовірна інформація про регіональні особливості захворюваності за місцем проживання та в цілому в Україні; новітні досягнення з профілактики, лікування, реабілітації пацієнтів, можливості безкоштовного лікування хворих.

Найбільшу довіру при сприйнятті інформації освітянами викликають спілкування, зустрічі з лікарями, медичними працівниками ($57,54 \pm 2,29$ %), інформативні повідомлення по телебаченню ($5,6 \pm 1,12$ %), в інших ЗМІ ($5,79 \pm 1,19$ %), нікому не довіряють $21,0 \pm 2,12$ % та довіряють лише власному досвіду $10,07 \pm 1,54$ % опитаних.

Отже, аналіз результатів соціологічного дослідження доводить наявність не повних знань серед освітян щодо шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі: третина вважають, що парентеральним вірусним гепатитом можна заразитися з'ївши їжу, запропоновану інфікованою людиною або користуючись спільними предметами навчання та побуту, спільним посудом, при спільному користуванні туалетом, ванною, рушником, милом, через укуси комара ($38,35 \pm 2,43$ %), при розмові та кашлі інфікованого ($16,54 \pm 1,86$ %).

Одночасно з цим, $14,25 \pm 1,75$ % не вбачають загрози зараження при сексуальних контактах з непостійним партнером без використання презервативу, $14,29 \pm 1,75$ % при таких же оральних сексуальних контактах, $11,28 \pm 1,58$ % при гомосексуальних контактах без використання

презервативу, $7,02 \pm 1,28$ % при статевих стосунках без презервативу з споживачем ін'єкційних наркотиків, $10,03 \pm 1,50$ % впевнені, що парентеральний вірусний гепатит не передається від вагітної до дитини, ще $12,53 \pm 1,66$ % продовжують сумніватися у наявності такої загрози.

Особисту можливість інфікування усвідомлюють лише $41,35 \pm 2,47$ % респондентів, ще $23,31 \pm 2,12$ % продовжують вагатися у її наявності. Нажаль, в освітньому середовищі, нами виявлено лише початковий етап формування настороженості щодо можливості інфікування парентеральним вірусним гепатитом, що важливо для наукового обґрунтування подальшої міжсекторальної взаємодії з цього питання.

Близько третини освітян вважають, що інфіковані парентеральним вірусним гепатитом підлітки повинні навчатися ($23,56 \pm 2,12$ %), лікуватися ($44,61 \pm 2,49$ %) окремо задля попередження поширення інфекційного процесу. $23,31 \pm 2,12$ % почувалися б неспокійно, отримуючи допомогу від колеги із діагностованим парентеральним вірусним гепатитом, $43,86 \pm 2,48$ % відчували б неспокій, користуючись одними предметами побуту та викладання разом із таким колегою. $57,64 \pm 2,47$ % припинили б відвідувати продуктовий магазин після звістки про те, що його продавець інфікований парентеральним вірусним гепатитом. Водночас, при аналогічному інфікуванні когось із особистого оточення більша половина ($65,41 \pm 2,38$ %) хотіли б тримати цю інформацію в секреті. Такі результати опосередковано свідчать про початок стигматизації освітнього суспільства за умови відсутності правильних знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів з формуванням упередженого ставлення до інфікованих осіб.

Виявлена потреба серед освітян в отриманні сучасної інформації про фактори ризику, шляхи передачі та заходи із попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. Найвищий рівень довіри до змісту такої інформації має живе спілкування з лікарями-практиками. Підтверджена необхідність у достовірній інформації про регіональні

особливості захворюваності на парентеральні вірусні гепатити в порівнянні з областю, Україною в цілому. Висловлені побажання в ознайомленні із новітніми досягненнями з профілактики, лікування, реабілітації пацієнтів, а також щодо можливості безкоштовної профілактики та ефективного лікування, чіткої послідовності допомоги, місць звернення за нею.

Доведено готовність освітян до взаємодії з медичними працівниками, що засвідчує наявність невикористаного потенціалу міжсекторального впливу, який має бути використаний для попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків.

4.3. Результати вивчення рівня знань підлітків з проблеми поширення парентеральних вірусних гепатитів

В цьому підрозділі роботи представлені результати опитування дітей-підлітків у віці від 15 до 17 років, які брали участь у дослідженні після попередньої згоди їх батьків та(або) за участі самих батьків. Серед опитаних було $51,74 \pm 2,49$ % хлопчиків та $48,26 \pm 2,49$ % дівчаток, які проживали переважно в місті ($92,79 \pm 1,29$ %). Середній вік опитаних становив $14,2 \pm 0,97$ років (табл. 4.3.).

Виявлено, що половина респондентів вважають, що парентеральні вірусні гепатити спричиняють невелику загрозу ($45,27 \pm 2,48$ %) або і зовсім не загрожують ($6,22 \pm 1,20$ %) місту, в якому вони проживають, ще $18,41 \pm 1,93$ % не визначилися з відповіддю, лише третина ($30,10 \pm 2,29$ %) її підтвердила. Кожен четвертий ($25,62 \pm 2,18$ %) усвідомлює, що поширення парентеральних вірусних гепатитів загрожує дітям та членам їх родини, проте більша кількість вважає загрозу невеликою ($39,80 \pm 2,44$ %) або зовсім відсутньою ($17,41 \pm 1,89$ %), ще $17,16 \pm 1,88$ % утримались від відповіді (табл.4.3.). Наведене засвідчує неготовність та низьку настороженість підлітків та їх родин щодо попередження поширення парентеральних

вірусних гепатитів. Серйозною загрозою зараження підлітків парентеральним вірусним гепатитом вважають $30,60 \pm 2,30$ % опитаних, ще $23,63 \pm 2,12$ % не знають про таку загрозу, $38,06 \pm 2,42$ % вважають, що вона є, але невелика, $7,71 \pm 1,33$ % вважають, що вона взагалі відсутня.

Більша половина опитаних дітей підліткового віку ($59,95 \pm 2,44$ %) за умов захворювання свого друга/подруги намагалися б допомогти, розібратися в ситуації. Лише $3,23 \pm 0,88$ % розірвали б стосунки із хворим, хоча $19,40 \pm 1,97$ % сумнівалися, не знаючи, як повести себе в такій ситуації. Більшість підлітків ($61,44 \pm 2,43$ %) вважає, що мають знати про однолітків, яким діагностовано парентеральний вірусний гепатит.

Дослідженням виявлено низький рівень знань про шляхи передачі (зараження) парентеральним вірусним гепатитом. Так, лише половина респондентів відкидає таку можливість через потискання рук, обійми ($58,71 \pm 2,46$ %), спільне користування шкільними приналежностями ($56,72 \pm 2,47$ %), інша половина або не знали як відповісти ($27,86 \pm 2,24$ % та $28,36 \pm 2,25$ % відповідно) або була не впевнена ($13,43 \pm 1,70$ % та $14,93 \pm 1,78$ % відповідно). Понад 40,0 % опитаних дотримуються думки про передачу захворювання через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом ($41,04 \pm 2,45$ %), посудом ($43,78 \pm 2,47$ %), при спілкуванні під час розмови ($35,07 \pm 2,38$ %) при високому відсотку (майже третина) респондентів, які не знали як відповісти на поставлені запитання ($28,61 \pm 2,25$ %; $28,11 \pm 2,24$ % та $29,85 \pm 2,28$ % відповідно). Серед респондентів поширена інформація про ризик зараження парентеральним вірусним гепатитом під час проведення медичних маніпуляцій ($73,13 \pm 2,21$ %), при відвідуванні стоматолога ($60,70 \pm 2,44$ %), при проведенні медичного втручання, уколів, переливань крові ($80,35 \pm 1,98$ %), через недотримання правил стерилізації інструментарію при татуюванні, манікюрі, педикюрі ($75,62 \pm 2,14$ %), при близьких стосунках чоловіків і жінок з сексуальними контактами без використання презервативу ($64,18 \pm 2,39$ %), аналогічно чоловіків з чоловіками ($57,46 \pm 2,47$ %).

Таблиця 4.3.

**Результати соціологічного опитування підлітків щодо знань про
парентеральні вірусні гепатити та попередження їх поширення**

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування підлітків	
		Абс. N = 402	P±m%
Стать	хлопчик	208	51,74±2,49
	дівчинка	194	48,26±2,49
Місце проживання	місто	373	92,79±1,29
	село	29	7,21±1,29
Чи вважаєте ви, що поширення вірусних гепатитів загрожує нашому місту?	зовсім не загрожує	25	6,22±1,20
	невелика загроза	182	45,27±2,48
	серйозна загроза	121	30,10±2,29
	не знаю	74	18,41±1,93
Чи вважаєте ви, що поширення вірусних гепатитів в вашому місті загрожує зараженню дітям та членам вашої родини?	зовсім не загрожує	70	17,41±1,89
	невелика загроза	160	39,80±2,44
	серйозна загроза	103	25,62±2,18
	не знаю	69	17,16±1,88
Якою на ваш погляд є можливість зараження парентеральним вірусним гепатитом серед підлітків?	зовсім не загрожує	31	7,71±1,33
	невелика загроза	153	38,06±2,42
	серйозна загроза	123	30,60±2,30
	не знаю	95	23,63±2,12
Якими були б Ваші дії коли б ви дізналися, що у Вашого друга/подруги діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С?	попробував би розібратись в ситуації та допомогти	241	59,95±2,44
	нічого не зміниться	70	17,41±1,89
	розірвав стосунки без пояснень	13	3,23±0,88
	не знаю	78	19,40±1,97
Чи повинні діти в класі/групі знати про однолітків, яким діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С?	так	247	61,44±2,43
	ні	57	14,18±1,74
	не знаю	98	24,38±2,14
<i>Якими шляхами може передаватися (відбуватися зараження) парентеральним вірусним гепатитом?</i>			
Через потискання руки, обійми	так	54	13,43±1,70
	ні	236	58,71±2,46
	не знаю	112	27,86±2,24
Через спільне користування шкільними приналежностями	так	60	14,93±1,78
	ні	228	56,72±2,47
	не знаю	114	28,36±2,25
Через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом	так	165	41,04±2,45
	ні	122	30,35±2,29
	не знаю	115	28,61±2,25
Через спільний посуд	так	176	43,78±2,47
	ні	113	28,11±2,24
	не знаю	113	28,11±2,24

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування підлітків	
		Абс. N = 402	P±m%
Через спілкування під час розмови, кашлю	так	141	35,07±2,38
	ні	141	35,07±2,38
	не знаю	120	29,85±2,28
Через медичні втручання, уколи, переливання крові	так	323	80,35±1,98
	ні	17	4,23±1,0
	не знаю	62	15,42±1,80
Чи представляють загрозу поширення парентеральних вірусних гепатитів медичні маніпуляції	так	294	73,13±2,21
	ні, такого досвіду не маю	108	26,87±2,21
Чи представляє загрозу поширення парентеральних вірусних гепатитів відвідування стоматолога	так	244	60,70±2,44
	ні, такого досвіду не маю	158	39,30±2,44
Через укуси комах	так	164	40,80±2,45
	ні	105	26,12±2,19
	не знаю	133	33,08±2,35
Через недотримання правил стерилізації інструментарію при татуюванні, манікюрі, педикюрі	так	304	75,62±2,14
	ні	31	7,71±1,33
	не знаю	67	16,67±1,86
Через близькі стосунки чоловіків і жінок, сексуальні контакти, без використання презервативу	так	258	64,18±2,39
	ні	32	7,96±1,35
	не знаю	112	27,86±2,24
Через близькі стосунки чоловіків, сексуальні контакти, без використання презервативу	так	231	57,46±2,47
	ні	30	7,46±1,31
	не знаю	141	35,08±2,42
Чи вживали б Ви їжу з одного посуду з людиною, про яку вам відомо, що вона інфікована парентеральним вірусним гепатитом?	так	29	7,21±1,29
	ні	288	71,64±2,25
	не знаю	85	21,14±2,04
Якщо у однокласника діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С, чи можна йому продовжувати відвідувати навчальний заклад?	так	144	35,82±2,39
	ні	140	34,83±2,38
	не знаю	118	29,35±2,27
Чи змінилося б Ваше ставлення до знайомого/знайомої, після звістки, що вони інфіковані парентеральним вірусним гепатитом?	так	44	10,95±1,56
	ні	261	64,93±2,38
	не знаю	97	24,13±2,13
Чи ставитеся ви підозріло (з точки зору можливого інфікування парентеральним вірусним гепатитом) до осіб із татуюванням?	так	112	27,86±2,24
	ні	206	51,24±2,49
	не знаю	84	20,90±2,03

Питання	Варіант відповіді	Результати опитування підлітків	
		Абс. N = 402	P±m%
Чи ставитеся ви підозріло (з точки зору можливого інфікування парентеральним вірусним гепатитом) до осіб які мають ранні сексуальні стосунки?	так	182	45,27±2,48
	ні	118	29,35±2,27
	не знаю	102	25,37±2,17
Чи повинні знати інші учні класу/групи про інфікування однолітка парентеральним вірусним гепатитом?	так	258	64,18±2,39
	ні	62	15,42±1,80
	не знаю	82	20,40±2,01
Якщо ваш знайомий або близький інфікувався парентерально вірусним гепатитом, чи хотіли б ви це тримати в секреті?	так	166	41,29±2,46
	ні	81	20,15±2,0
	не знаю	155	38,56±2,43
Чи були у вас у підлітковому віці сексуальні стосунки?	так	187	46,52±1,87
	ні, такого досвіду не маю	215	53,48±2,59
Чи інформовані ви про доцільність дотримання zasad здорового способу життя з дитинства?	так	339	84,33±1,81
	ні	63	15,67±1,81
Чи інформовані ви про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів?	так	333	82,84±1,88
	ні	69	17,16±1,88
Чи хотіли б ви мати змогу пройти раз на рік профілактичне обстеження на наявність парентерального вірусного гепатиту?	так	316	78,61±2,05
	ні, такого досвіду не маю	86	21,39±2,05
Чи використовуєте Ви під час сексуальних контактів презервативи?	завжди	113	28,11±2,24
	не завжди	28	6,97±1,27
	не використовую	46	11,44±1,59
	такого досвіду не було	215	53,48±2,59

Разом з тим, майже третина опитаних на останні запитання не знали відповіді ($27,86 \pm 2,24$ % та $34,83 \pm 2,38$ % відповідно). Представлені дані актуалізують необхідність проведення роботи з підлітками щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів з метою попередження їх поширення в підлітковому середовищі.

Незважаючи на те, що $43,78 \pm 2,47$ % думають, що парентеральний вірусний гепатит передається через посуд, а $28,11 \pm 2,24$ % знають, що не

передається, $71,64 \pm 2,2$ % не їли б з одного посуду з людиною, знаючи, що вона інфікована.

Третина ($34,83 \pm 2,38$ %) учнівської молоді вважають, що при виявленні парентерального вірусного гепатиту, однокласник має припинити відвідувати навчальний заклад, ще третина ($29,35 \pm 2,27$ %) не знали як відповісти на це запитання. Про відсутність перестороги щодо поширення парентерального вірусного гепатиту при нанесенні татуювань свідчать результати проведеного опитування, за яким $51,24 \pm 2,49$ % підлітків не ставляться підозріло до таких осіб. Третина підлітків ($29,35 \pm 2,27$ %) не відчують її відносно осіб, які мають ранні сексуальні стосунки.

Більша половина ($64,18 \pm 2,39$ %) підлітків вважають потрібним знати про інфікування парентеральним вірусним гепатитом свого однолітка, однокласника. Проте $41,29 \pm 2,46$ % хотіли б тримати в секреті інформацію про інфікування їх знайомих та близьких, ще $38,56 \pm 2,43$ % не знали, чи доцільно робити з цього секретну інформацію.

Переважна більшість учнів знають про доцільність дотримання засад здорового способу життя з дитинства ($84,33 \pm 1,81$ %) та про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів ($82,84 \pm 1,88$ %).

Хотіли б мати змогу пройти раз на рік профілактичне обстеження на наявність парентерального вірусного гепатиту $78,61 \pm 2,05$ % опитаних, хоча кожен п'ятий ($21,39 \pm 2,05$ %) утримувався б від таких обстежень.

Майже половина дітей в підлітковому віці відмітили, що вже мали сексуальні стосунки ($46,52 \pm 1,87$ %). На запитання чи використовуєте під час сексуальних контактів презервативи $28,11 \pm 2,24$ % вказали, що використовують, $11,44 \pm 1,59$ – не використовують, ще $6,97 \pm 1,27$ – використовують не завжди, а $53,48 \pm 2,59$ % вказали, що такого досвіду не мали. Вказане доводить, що майже кожен другий підліток у віці 15-17 років має досвід сексуальних стосунків, лише $28,11 \pm 2,24$ % з них, практикують захищений секс, а отже, кожен підліток має бути інформованими про ризики інфікування парентеральним шляхом.

Проведене нами соціологічне дослідження та отримані в ньому результати дозволили розширити сутність факторів, що мають найвизначніший вплив на попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі, згрупувати основні з них, визначивши нормуючі інтенсивні показники (НПІ) та вагові коефіцієнти (К) їх впливу на вирішення проблеми в цілому. Фрагмент дослідження виконувався з використанням запропонованої О.М. Голяченко, А.М. Сердюком та О.О. Приходським [11] методики розрахунку НПІв та вагових коефіцієнтів. Отримані результати приведені в таблиці 4.4., діапазон можливого мінімального і максимального значення суми добутків $K \times \text{НПІ}$ знаходився в межах від $\Sigma K \cdot \text{НПІ}_{\max} = 134,163$ до $\Sigma K \cdot \text{НПІ}_{\min} = 14,398$. Використання нормуючих інтенсивних показників (НПІв) та їх вагових коефіцієнтів (К), які засвідчують вагомість факторів, виявлених під час опитування медиків, освітян та підлітків, дозволяє згрупувати їх за значимістю.

Найбільшими за значеннями $\Sigma K \cdot \text{НПІ}_{\max}$ виявилася група факторів, що мають вплив на ефективність посилення вектору активно-конструктивної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків ($\Sigma K \times \text{НПІ}_{\max}$ склав 48,174), що дозволило нам включити його як першочерговий при формуванні концептуальних пріоритетних напрямів попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні. Наступною за значимістю, на думку опитаних респондентів, виявилася група факторів, що характеризують удосконалення функціональних складових інформаційно-просвітницької роботи серед підлітків ($\Sigma K \times \text{НПІ}_{\max}$ склала 45,044). Варто наголосити на необхідності не тільки їх масштабності, систематичності, але й системності та модернізації подання матеріалу з переглядом змістовності положень. До них увійшли не лише інформованість опитаних про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, властиві дітям підліткового віку, а й з'ясування усвідомлення підлітками особистісної загрози можливості інфікування,

Таблиця 4.4.

**Результати розрахунку НІПів та вагових коефіцієнтів найбільш
значимих груп факторів, що впливають на ефективність
попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед
підлітків**

Фактори	Ознака	Основна група Р±m	Нормуючі інтенсивні показники (НІПи)	Вагові індекси (К)	Добуток К x НІП
I. Напрямок посилення активно-конструктивної профілактики парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі					
Чи вважаєте профілактичну роботу основною в практиці сімейного лікаря	так	74,15±3,06	0,74	2,9	2,146
	ні	25,85±3,06	0,26		0,754
Чи достатньо знань сімейним лікарям для ефективної профілактики в родинях	так	23,9±2,98	0,24	18	4,320
	ні	4,39±1,43	0,04		0,720
	необхідно постійно вдосконалювати свої знання	71,71±3,15	0,72		12,960
Чи вдається виявляти фактори ризику у прикріплених підлітків	так	69,76±3,21	0,70	2,3	1,610
	ні	30,24±3,21	0,30		0,690
Чи проводите заходи серед учнів із профілактики вживання наркотиків	так	90,48±1,47	0,90	22,5	20,25
	ні	5,76±1,17	0,06		1,35
	планую	3,76±0,95	0,04		0,90
Чи залучаються до профілактичної роботи з підлітками медичні працівники	так	74,94±2,17	0,75	9,4	7,050
	ні	7,52±1,32	0,08		0,752
	планую	17,54±1,90	0,17		1,598
Чи використовують підлітки під час сексуальних контактів презервативи?	завжди	28,11±2,24	0,28	7,7	2,156
	не завжди	6,97±1,27	0,07		0,539
	не використовую	11,44±1,59	0,11		0,847
	такого досвіду не було	53,48±2,59	0,54		4,158
Σ К x НІП _{max}					48,174

Продовж. табл. 4.4.

Фактори	Ознака	Основна група Р±m	Нормуючі інтенсивні показники (НІПи)	Вагові індекси (К)	Добуток К x НІП
II. Удосконалення функціональних складових інформаційно-просвітницької роботи серед підлітків на регіональному рівні					
Чи знайомі з основними шляхами передачі парентеральних вірусних гепатитів у дітей підліткового віку	так	85,37±2,47	0,85	5,7	4,845
	ні	14,63±2,47	0,15		0,855
Чи допускаєте ви особисту можливість інфікування парентеральним вірусним гепатитом?	так	41,35±2,47	0,42	1,8	0,756
	ні	35,34±2,39	0,35		0,630
	не визначився з відповіддю	23,31±2,12	0,23		0,414
Робота з батьками підлітків щодо безпечної, в тому числі сексуальної поведінки	так	75,44±2,15	0,75	7,5	5,625
	ні	15,29±1,80	0,15		1,125
	планую	9,27±1,45	0,10		0,750
Інформування учнів щодо шляхів передачі парентеральних інфекцій (зокрема вірусного гепатит В і С), заходи захисту та профілактики	так	82,21±1,91	0,82	11,7	9,594
	ні	6,52±1,24	0,07		0,819
	планую	11,28±1,58	0,11		1,287
Інформування учнів щодо впливу на здоров'я та поведінку вживання наркотичних речовин, алкогольних напоїв	так	96,49±0,92	0,97	9,9	9,603
	ні	1,25±0,56	0,01		0,099
	планую	2,26±0,74	0,02		0,198
Чи даєте рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків	так	74,44±2,18	0,75	6,3	4,725
	ні	13,53±1,71	0,13		0,819
	планую	12,03±1,63	0,12		0,756
Чи були у підлітків, в їх віці, сексуальні стосунки?	так	12,94±1,67	0,13	6,7	0,871
	ні, такого досвіду не маю	87,06±1,67	0,87		5,829
Чи інформовані підлітки про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів?	так	82,84±1,88	0,83	4,9	4,067
	ні	17,16±1,88	0,17		0,833
Σ К x НІП _{max}					45,044

Фактори	Ознака	Основна група P±m	Нормуючі інтенсивні показники (НІПи)	Вагові індекси (К)	Добуток К x НІП
III. Удосконалення організації діагностики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків					
Чи сприяли б ефективній боротьбі з поширенням парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді державні скринінгові/профілактичні програми (на думку лікарів)	так	90,73±2,03	0,91	10,1	9,191
	ні	9,27±2,03	0,09		0,909
Чи доцільним є запровадження щорічного обов'язкового обстеження підлітків на вірусні гепатити, які передаються парентеральним шляхом	так	83,71±1,85	0,84	12	10,08
	ні	9,02±1,43	0,09		1,08
	не визначився з відповіддю	7,27±1,30	0,07		0,84
Чи хотіли б ви мати змогу пройти раз на рік профілактичне обстеження на наявність парентерального вірусного гепатиту	так	78,61±2,05	0,79	3,8	3,002
	ні	21,39±2,05	0,21		0,798
Σ К x НІП _{max}					22,273
IV. Матеріально-технічне та кадрове забезпечення підвищення ефективності профілактичної роботи з підлітками					
Чи вважаєте Ви повністю оснащеним своє робоче місце	так	6,34±1,70	0,06	10	0,60
	лише частково	33,66±3,30	0,34		3,40
	ні	60,0±3,42	0,60		6,0
Чи володієте практичними навичками діагностики парентеральних вірусних гепатитів	знаю лише в теорії, але навичок користування тест-системами не маю	59,51±3,43	0,59	5,9	3,481
	володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній буденній практиці їх не застосовую	30,73±3,22	0,31		1,829
	володію практичними навичками і застосовую їх в рутинній роботі	9,76±2,07	0,10		0,590

Продовж. табл. 4.4.

Фактори	Ознака	Основна група Р±m	Нормуючі інтенсивні показники (НІПи)	Вагові індекси (К)	Добуток К x НІП
Чи забезпечено робоче місце лікаря первинного контакту з підлітком тест-системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів	так	9,27±2,03	0,09	10,1	0,909
	ні	90,73±2,03	0,91		9,191
Σ К x НІП _{max}					16,072
Σ К x НІП _{max} = 134,163; Σ К x НІП _{min} = 14,398					

інформування про заходи захисту, профілактики, негативний вплив на здоров'я саморуйнівної поведінки (вживання алкогольних напоїв, наркотичних речовин, небезпечних сексуальних стосунків без засобів захисту), формування усвідомлення загрози для здоров'я підлітка ранніх незахищених сексуальних контактів.

Більшість респондентів, як серед лікарів первинного контакту та освітян, які щоденно працюють з підлітками, так і самих підлітків та їх родин, висловилися за підтримку прийняття державних/регіональних скринінгових профілактичних програм по виявленню парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі. З'ясована готовність підлітків та їх родин скористатися можливістю проходити безкоштовне профілактичне обстеження на парентеральні вірусні гепатити з визначеною кратністю (наприклад, щорічно). Їх реалізація надзвичайно важлива, проте реальність виконання пов'язана з дотриманням вимог до затвердженого МОЗ України таблицею оснащення робочого місця лікаря загальної практики, зокрема щодо забезпеченості тест-системами для експрес-діагностики парентеральних вірусних гепатитів, володіння на практиці навичками з виявлення факторів ризику та безпосередньо діагностики парентеральних вірусних гепатитів медиками первинного

контакту, які серед прикріпленого населення мають підлітків та повинні дотримуватися «дружнього до молоді» підходу при роботі з ними.

Таким чином, низький рівень знань про шляхи, якими може відбуватися передача (зараження) парентерального вірусного гепатиту серед підлітків, відсутність перестороги щодо його поширення, високий відсоток ранніх незахищених сексуальних контактів при високому рівні поінформованості щодо доцільності дотримання засад здорового способу життя з дитинства, актуалізує розробку науково обґрунтованих заходів з їх реалізацією в середовищі підлітків. Ефективному попередженню поширення парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі сприятиме удосконалення організації діагностики парентеральних вірусних гепатитів ($\Sigma K \times \text{НІП}_{\text{max}}$ склала 22,273) із достатнім матеріально-технічним та кадровим забезпеченням ефективної профілактичної роботи з підлітками ($\Sigma K \times \text{НІП}_{\text{max}}$ склала 16,072).

Висновки до розділу 4

Встановлено, що надання первинної профілактичної допомоги підліткам з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в Кіровоградській області не повністю відповідає вимогам. Не дивлячись на те, що більшість сімейних лікарів знайомі з факторами ризику парентерального вірусного гепатиту ($98,54 \pm 0,84 \%$), шляхами їх передачі ($85,37 \pm 2,47 \%$), володіють необхідними знаннями щодо діагностики парентеральних вірусних гепатитів ($86,34 \pm 2,40 \%$), застосовують їх на практиці лише $10,0 \%$ ($9,76 \pm 2,07 \%$). Решта ($30,73 \pm 3,22 \%$) не має для цього умов та обладнання, половина ($59,51 \pm 3,43 \%$) не володіє навичками користування тест-системами, сучасними профілактичними технологіями при роботі з підлітками. Більшість ($90,73 \pm 2,03 \%$) лікарів загальної практики-сімейних лікарів не забезпечені тест-системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів,

натомість $85,37 \pm 2,47$ % знають маршрут пацієнта при потребі проведення діагностичного обстеження на їх наявність.

Більша половина сімейних лікарів Кіровоградської області ($54,15 \pm 3,48$ %) працюють на засадах загальної лікарської практики не більше п'яти років, перекваліфікувавшись з терапевта ($58,05 \pm 3,45$ %) та педіатра ($22,44 \pm 2,91$ %). Кожен четвертий ($25,85 \pm 3,06$ %) не вважає профілактичну роботу основною в своїй діяльності, стільки ж ($23,9 \pm 2,98$ %) вказали на відсутність відповідних знань, $35,61 \pm 3,34$ %, – на нестачу для цього часу, більша половина ($78,54 \pm 2,87$ %) виявили бажання отримати додаткові знання та навички щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, особливо серед підлітків. Ефективній роботі в цьому напрямку заважає недостатнє матеріально-технічне забезпечення, у $60,0 \pm 3,42$ % оснащення робочого місця повністю не відповідає, а у $33,66 \pm 3,30$ % лише частково відповідає затвердженому МОЗ України табелю оснащення. В третині випадків ($36,1 \pm 3,35$ %) приміщення сімейної амбулаторії потребує поточного, $14,15 \pm 2,43$ % – капітального ремонту, $17,07 \pm 2,63$ % – реконструкції.

Незважаючи на те, що освітяни готові активно співпрацювати з медиками щодо попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків ($74,94 \pm 2,17$ %), займаються виховною роботою з підлітками як класні керівники, ($47,62 \pm 2,50$ %), в більшості випадків залучаючи до цього процесу батьків ($75,44 \pm 2,15$ %), значна частина вчителів та викладачів мають неповні знання про шляхи поширення та фактори ризику інфікування, що потребує нагального вирішення.

Недостатньо сформована настороженість щодо поширення парентеральних вірусних гепатитів в освітньому середовищі (особисту можливість зараження визнають лише $41,35 \pm 2,47$ %) поєднується із стигматизацією (упередженого ставлення до інфікованих осіб) на тлі відсутності вичерпних знань про фактори ризику та шляхи інфікування.

Незрілою виявлена настороженість підлітків щодо поширення парентеральних вірусних гепатитів. Серйозною загрозою їх поширення вважають лише $30,60 \pm 2,30$ % опитаних, решта або не знають ($23,63 \pm 2,12$ %), або вважають її незначною ($38,06 \pm 2,42$ %), відсутньою ($7,71 \pm 1,33$ %). Виявлено низький рівень знань підлітків про шляхи, якими може відбуватися зараження парентеральним вірусним гепатитом. При високому рівні поінформованості про доцільність дотримання засад здорового способу життя з дитинства ($84,33 \pm 1,81$ %), про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів ($82,84 \pm 1,88$ %), лише третина ($28,11 \pm 2,24$ %) підлітків практикує захищений секс, що актуалізує розробку системних заходів з попередження інфікування підлітків парентеральним шляхом, оскільки лише інформування є недостатнім.

Запровадження державних скринінгових програм з профілактичним обстеженням підлітків на парентеральні вірусні гепатити підтримала більшість лікарів первинного контакту ($90,73 \pm 2,03$ %), освітян ($83,71 \pm 1,85$ %) та самих підлітків ($78,61 \pm 2,05$ %), що доводить доцільність наукового обґрунтування міжгалузевого комплексного підходу до вирішення проблеми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

Результати групування виявлених факторів, що мають вплив на ефективність попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків дозволили сформувати чотири пріоритетні напрями (посилення активно-конструктивної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, удосконалення функціональних складових інформаційно-просвітницької роботи серед підлітків, удосконалення організації їх діагностики, матеріально-технічне та кадрове забезпечення підвищення ефективності профілактичної роботи з підлітками) за якими варто вибудовувати регіональні вектори удосконалення організації попередження їх поширення.

За матеріалами розділу опубліковані роботи [315, 317, 325, 327].

РОЗДІЛ 5

ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ, З ОЦІНКОЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

5.1. Обґрунтування концептуальних напрямів удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків

В Україні триває досить довгий процес реформування галузі охорони здоров'я. Подібний широкомасштабний процес реформування медичної галузі розпочато і в інших країнах Європейського регіону. ВООЗ стратегічно направляє і підтримує ці процеси, наголошуючи при цьому на необхідності врахування регіональних, національних, епідеміологічних, демографічних, соціально-економічних особливостей кожної з країн.

Україна, як одна з країн Європейського регіону, розпочала реформування охорони здоров'я, спираючись на передовий позитивний світовий досвід та виходячи із реальних умов, можливостей його імплементації. Пріоритетними визнано напрями: досягнення рівного доступу до послуг охорони здоров'я всіх верств населення держави; підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я за умов обмеженого її бюджетного фінансування. Для покращення доступності медичної допомоги, до уваги взято позитивний досвід розвинених країн світу щодо посилення первинної медичної допомоги, зокрема на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини, що передбачає тривалий нагляд сімейного лікаря за всіма членами родини з урахуванням їх

індивідуальних, етнічних, поведінкових, харчових, кулінарних особливостей та вподобань, спадковості, побутових та виробничих факторів формування здоров'я.

Пріоритетність розвитку первинної медичної допомоги у вітчизняній галузі пов'язана із важливими для суспільства функціями: надання медичної допомоги у простих та неускладнених випадках найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь; ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами з урахуванням знань про родину пацієнта, її особливості та спосіб життя, спадковий анамнез; динамічного спостереження за станом здоров'я, ефективної профілактики хвороб з навчанням пацієнтів різного віку (родин при тривалому нагляді сімейним лікарем) як стати і залишатися здоровим; надання екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим при невідкладних станах; виконання протиепідемічних заходів; участі у виконанні регіональних та державних цільових медичних програм; поточного аналізу стану здоров'я прикріпленого населення із плануванням змісту, обсягів своєї роботи; постійного самонавчання, самовдосконалення та підвищення кваліфікації, тощо.

Первинна медична допомога крім того, що має бути своєчасною, повинна стати комплексною. ЛЗП/СЛ має стати агентом, представником інтересів родини в системі охорони здоров'я, слідкувати, направляти, навчати та забезпечувати первинну профілактику, діагностику, при потребі своєчасно скеровувати для надання амбулаторно-поліклінічної та(або) стаціонарної спеціалізованої допомоги (госпіталізація в плановому, ургентному порядку), надавати допомогу в денних стаціонарах та стаціонарах на дому в межах компетенцій сімейного лікаря. Реформування передбачає кадрові і організаційні зміни на користь первинної медичної допомоги, як основи медичної галузі, задля забезпечення безперервності і наступності медичного забезпечення.

Результати власного дослідження представлені в попередньому розділі дозволяють зробити висновок, що як абсолютна кількість ЛЗП/СЛ

(267 осіб), так і їх можливості у зв'язку з володінням знаннями, вміннями і наявним матеріально-технічним забезпеченням не дозволяють сподіватися на потужний важіль профілактики поширення інфекційного процесу, зокрема парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Кіровоградській області.

В той же час, з року в рік зростає захворюваність на вірусні гепатити, в тому числі ті, що передаються гемоконтактно (парентеральним шляхом), із зростанням за останні роки саме питомої ваги хронічних вірусних гепатитів В і С, що дозволяє висунути гіпотезу про низьку ефективність первинної профілактики, пізнє звернення і діагностику захворювань в стадії хронічного процесу, яка в 80,0% випадків супроводжується незворотними (цироз, фіброз) змінами паренхіми печінки, з розвитком карцином, цирозів. Більше того, безсимптомний перебіг захворювання, а в випадку з гепатитом С більшість випадків навіть в гострій стадії не супроводжуються жовтяницею, сприяє тому, що такі пацієнти, стаючи небезпечними в плані передачі інфекції оточуючим, вже в середині інкубаційного періоду гострого гепатиту, не підозрюючи про це, залишаються потенційно небезпечними для поширення парентеральних вірусних гепатитів.

Пацієнт із хронічним вірусним гепатитом (В або С) є небезпечним для зараження оточуючих, оскільки вірус знаходиться практично у всіх рідинах організму, ймовірним стає зараження при контакті рідин інфікованого пацієнта з шкірними (за наявності мікротравм) та слизовими покриттями. Після зараження інкубаційний період може тривати від 3-х до 12-ти місяців. Вже в середині інкубаційного періоду пацієнт з парентеральним вірусним гепатитом стає заразним та небезпечним з епідемічної точки зору, не здогадуючись про це, через відсутність симптомів хвороби.

Навіть період розпалу хвороби з переважанням без жовтяничних форм перебігу, рідко проявляється печінковими симптомами. Навпаки у більшості пацієнтів (при гепатиті С і Д до 80,0%) розвивається хронічний

вірусний гепатит і лише 20,0% таких пацієнтів звертаються до лікарів зі скаргами на позапечінкові прояви захворювання. Гепатит С через властивість хвороби до латентного, безсимптомного перебігу з високим ризиком (у 4 рази вищий в порівнянні з гепатитом В) розвитку фіброзу, цирозу і раку печінки отримав назву «ласкавий вбивця».

Країни СНД відносяться до переліку країн із середнім рівнем поширеності парентеральних вірусних гепатитів з переважно комбінованими шляхами зараження. Актуалізуються штучні шляхи передачі інфекції через немедичні парентеральні маніпуляції, що здійснюються з недотриманням правил асептики, без належної дезінфекції та стерилізації інструментарію (татування, пірсинг, епіляція, акупунктура, манікюр, тощо). Домінуючими серед шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів в Україні залишаються незахищені статеві контакти (в т.ч. гомосексуальні), ін'єкційне введення наркотичних речовин, а тому до групи ризику їх поширення в першу чергу включають осіб з ПСШ (інфекціями, що передаються статевим шляхом), незахищеними статевими стосунками (для України відсоток такого шляху інфікування складає від 34,1 % до 45,9 %) [22, 36, 186, 236, 302]. Частота передачі парентеральних вірусних гепатитів серед СІН (споживачів ін'єкційних наркотиків) за даними різних дослідників коливається від 30,0 % до 70,0 % [7, 41, 113, 151, 253, 302]. Вертикальна трансмісія HBV може відбуватися трансплацентарно (5-10 % випадків), переважно інфікування відбувається в пологах, особливо якщо вони ускладнені, із крововиливами, крововтратою.

Інфіковані особи, не усвідомлюючи важкості свого стану, наявності в їх організмі інфекційного процесу з незворотними фіброзними змінами печінкової паренхіми, наражають на ризик інфікування оточуючих. Так, доведеним є ризик зараження при проведенні найпоширеніших стоматологічних маніпуляцій (екстракція зубів, лікування пародонтозу, протезування). Досліджується проблема посттрансфузійних,

постгемодіалізних вірусних гепатитів, в країнах світу їх частка складає від 4 % до 10 % [234, 292].

Низька інформованість населення про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в поєднанні із поширеними стереотипами ризикованої поведінки серед підлітків та молоді в Україні виводять цю проблему на зовсім новий за важливістю рівень. Враховуючи особливості захворювання на вірусні гепатити в Кіровоградській області, де одним із найвищих в Україні є відсоток ($80,35 \pm 2,14$ %) хронічних вірусних гепатитів в структурі захворюваності на вірусні гепатити, при тому, що саме в Кіровоградській області високими виявлені рівні захворюваності на хронічний вірусний гепатит (28,54 проти 17,44 по Україні), зокрема хронічний вірусний гепатит С (21,87 проти 13,69 по Україні) та хронічний вірусний гепатит В (5,95 проти 3,59 на 100 тис. населення по Україні), потребують усунення медико-організаційні причини пізнього звернення населення за медичною допомогою, в т.ч. з профілактичною метою.

Встановлено зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити серед дітей Кіровоградської області, особливо в віковій групі 15-17 років (26,0 проти середнього по Україні 18,16 на 100 тис. дітей), із переважанням в структурі захворюваності на хронічний вірусний гепатит, гепатиту С ($52,7 \pm 5,8$ %).

Саме діти підліткового віку схильні до ризикованої поведінки, яка властива шляхам передачі парентеральних вірусних гепатитів, а тому ця вікова категорія має бути цільовою для обґрунтування удосконалення попередження їх поширення (на прикладі Кіровоградської області).

За результатами проведеного серед підлітків соціологічного дослідження знайшло своє підтвердження логічне припущення, що більшість з них не вважають серйозною загрозою такого зараження, як і не знайомі з шляхами передачі парентеральних вірусних гепатитів. На питання «Чи вважаєте ви, що поширення вірусних гепатитів в вашому місті загрожує

зараженню дітям та членам вашої родини?» половина респондентів відповіли, що така загроза невелика ($39,80 \pm 2,44$ %) або і зовсім відсутня ($17,41 \pm 1,89$ %), лише $25,62 \pm 2,18$ % визнали її серйозною.

Невеликий відсоток підлітків насторожено відносяться, відчуваючи загрозу можливого зараження парентеральним шляхом, до контактів з однолітками з ранніми сексуальними стосунками ($45,27 \pm 2,48$ %), до однолітків з татуюванням ($27,86 \pm 2,24$ %), до незахищених сексуальних стосунків чоловіків і жінок ($64,18 \pm 2,39$ %), чоловіків з чоловіками, без використання презервативу ($57,46 \pm 2,47$ %).

Більша половина опитаних підлітків знають про загрозу поширення парентеральних вірусних гепатитів через недотримання правил стерилізації інструментарію при татуюванні, манікюрі, педикюрі ($75,62 \pm 2,14$ %), при відвідуванні стоматолога $60,70 \pm 2,44$ %. Не дивлячись на інформованість про доцільність дотримання засад здорового способу життя з дитинства ($84,33 \pm 1,81$ %) та про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів ($82,84 \pm 1,88$ %), не було сексуальних контактів в віці до 17 років тільки у половини підлітків ($53,48 \pm 2,59$ %), практикують захищений секс лише $28,11 \pm 2,24$ %, решта не завжди, або ніколи ($11,44 \pm 1,59$ %) не використовують презервативи. Виявили бажання мати змогу пройти раз на рік профілактичне обстеження на наявність парентерального вірусного гепатиту $78,61 \pm 2,05$ % підлітків.

Таким чином, виявлена регіональна проблема зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити потребує свого якомога швидшого вирішення, саме починаючи із середовища підлітків, з залученням до цього процесу усіх зацікавлених сторін, і в першу чергу, галузі охорони здоров'я, яка покликана для надання доступної, якісної медичної, зокрема профілактичної, допомоги населенню навіть в умовах реформування та обмеженого бюджетного фінансування.

Окрему увагу слід звернути на контроль з боку сімейних лікарів та сімейних педіатрів, самих родин, графіку вакцинації, в якому щеплення

проти гепатиту В переважно проводять в пологовому будинку, адже за даними МОЗ України в 2017 році вакциновано від гепатиту В до 50,0 % дітей.

Не менш важливою є проблема раннього виявлення парентерального вірусного гепатиту, починаючи з раннього підліткового віку, оскільки своєчасно розпочате ефективне його лікування дозволяє попередити прогресування цирозу печінки та печінкової недостатності, які призводять до незворотної втрати здоров'я та зниження якості життя в трудоактивному віці.

В складних умовах української медичної галузі попри задекларований пріоритетний розвиток сімейної медицини, зберігається незбалансованість між амбулаторним і стаціонарним сектором, недостатнім матеріально-технічним, кадровим забезпеченням первинної медичної допомоги, що не дозволяє в повній мірі виконувати покладені на неї функції в межах визнаних компетенцій ЛЗП/СЛ. Сформована невідповідність між завданнями, нормативно покладеними на заклади охорони здоров'я первинної ланки та ресурсними можливостями їх реалізації, що спонукає до залучення додаткових ресурсів та засобів для попередження зростання парентеральних вірусних гепатитів, в першу чергу серед дітей та підлітків.

В світлі останніх змін нормативно-правової бази, а саме щодо впровадження Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, проголошено право територіальної громади самостійно вирішувати питання місцевого значення, зокрема охорони здоров'я, за рахунок виділення територіальним громадам додаткових ресурсів через зарахування до їх бюджетів до 60,0% податку на доходи громадян із можливістю їх об'єднання (про що зазначено в Законі України від 05.02.2015 р. № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад»). Співробітництво між громадами може відбуватися через сільські, селищні та міські ради в рамках переліку

їх повноважень, зазначених у Законі України «Про місцеве самоврядування». Отже, діюче законодавче поле сприяє взаємодії громад та місцевого самоврядування задля вирішення питань і завдань з надання первинної медичної допомоги та може стати суттєвим помічним важелем в частині попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед населення дитячого підліткового віку.

Саме тому, в Кіровоградській області нами було запропоновано застосувати комплексний програмний підхід до вирішення поставлених завдань. Запропонований нами міжгалузевий підхід з раннім профілактичним втручанням не тільки в медичний, а й освітній процес підлітків з 10-ти річного віку в поєднанні із залученням широкого інформування різних верств населення, був позитивно сприйнятий на рівні ОДА та реалізований у регіональній соціальній програмі розвитку області.

Вищезазначене дозволило сформувати основні концептуальні підходи до обґрунтування функціонально-організаційного удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в Кіровоградській області. В його основу покладено виявлені регіональні особливості стану здоров'я населення, зокрема щодо особливостей динаміки рівнів та структури захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, світовий та набутий вітчизняний досвід, результати наукових досліджень, в т.ч. власного дисертаційного дослідження, щодо доцільності попередження раннім профілактичним втручанням незворотних втрат здоров'я населення.

Зниження активності сучасного профілактичного напрямку медичної галузі та Центрів здоров'я, незначна участь у цьому процесі служб громадського здоров'я, які тільки розпочинають свою роботу, призвели до низької інформованості всього населення, а особливо підлітків, членів їх родин, освітян, медиків щодо сучасних факторів ризику та можливих шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів. Усунення недоліків профілактичного напрямку роботи служб охорони здоров'я потребує

організаційно-управлінського втручання за усіма складовими компонентів якісного надання медичної допомоги за А. Donabedian (структури, процесу, результату).

Структурний компонент напряму стосується ресурсного забезпечення (кадрового, матеріально-технічного) організації роботи медиків первинної ланки охорони здоров'я, яка забезпечує доступність медичної допомоги для населення, а також вимагає якісної взаємодії для організації надання спеціалізованої медичної допомоги (зокрема із залученням «Клінік дружніх до молоді», спеціалістів лабораторної служби, педіатрів, інфекціоністів, тощо) для ідентифікації та формування груп ризику серед підлітків щодо поширення парентерального вірусного гепатиту та забезпечення медичного нагляду (з профілактичною метою) за їх станом здоров'я, що напряму пов'язано з процесною компонентою, яка передбачає проведення необхідних профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних заходів серед підлітків.

Вивчення думки сімейних лікарів щодо їх готовності надавати ефективні профілактичні послуги з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків показало, що більшість сімейних лікарів вважають, що їх нагляд за підлітками дільниці носить лише фрагментарний характер ($65,37 \pm 3,32$ %). Не всі ЛЗП/СЛ готові надавати консультативні профілактичні послуги підліткам з імплементацією сучасного «дружнього підходу», більшість робочих місць ЛЗП/СЛ не укомплектовані швидкими тестами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів ($90,73 \pm 2,03$ %), а обмеження часу на обслуговування одного пацієнта не дозволяє ефективно застосовувати сучасні профілактичні технології попередження поширення парентеральних (гемоконтактних) інфекцій, третина ЛЗП–СЛ ($35,61 \pm 3,34$ %) категорично відповіли, що для повноцінного обстеження підлітків, зокрема щодо профілактики парентеральних вірусних гепатитів В і С, часу не вистачає, ще $45,37 \pm 3,48$ % засвідчили, що часу вистачає тільки на загальну розмову з

пацієнтом, профілактичні обстеження провести не можливо. Більшість ЛЗП/СЛ не володіють на практиці сучасними методами статевого виховання підлітків, менше 10,0 % засвідчили свій досвід співпраці з закладами освіти, соціальними службами. Наведене дозволило зробити висновок, що проблему не спроможні подолати лише зусилля медичної галузі, зокрема первинної медичної допомоги. Має бути сприяння в самому суспільстві, родині та освітян, які більшість часу проводять, спілкуючись з підлітками.

Високий рівень доказовості мають сучасні технології, пов'язані суто із медичними проблемами діагностики, лікування, реабілітації, проте широке інформування громадськості задля визнання в ній доцільності виявлення в підлітковому віці поведінкових факторів ризику із застосуванням сучасних комунікативних технологій, відноситься, в тому числі, і до компетенцій освітян, працівників соціальної сфери, молоді та спорту, культури тощо.

Ретельний аналіз сучасного наукового контенту, світового та вітчизняного досвіду з попередження захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, результати власного дисертаційного дослідження щодо захворюваності на парентеральні вірусні гепатити серед дітей та підлітків в Україні та Кіровоградській області, зокрема, готовності лікарів первинної медичної допомоги до запровадження сучасних медико-профілактичних технологій, результати вивчення обізнаності освітян, підлітків та членів їх родин з проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів, покладені в основу обґрунтування концептуальних напрямів, які потребують актуалізації та реалізації найближчим часом, як ключові, на регіональному рівні. Серед них: удосконалення функціональних складових інформаційно-просвітницької, профілактичної роботи з підлітками та членами їх родин; посилення активно-конструктивної профілактики; матеріально-технічне та кадрове забезпечення профілактичної роботи з підлітками; удосконалення організації діагностики парентеральних вірусних гепатитів; моніторинг, оцінка результатів, науковий супровід запропонованих інновацій (рис. 5.1.).

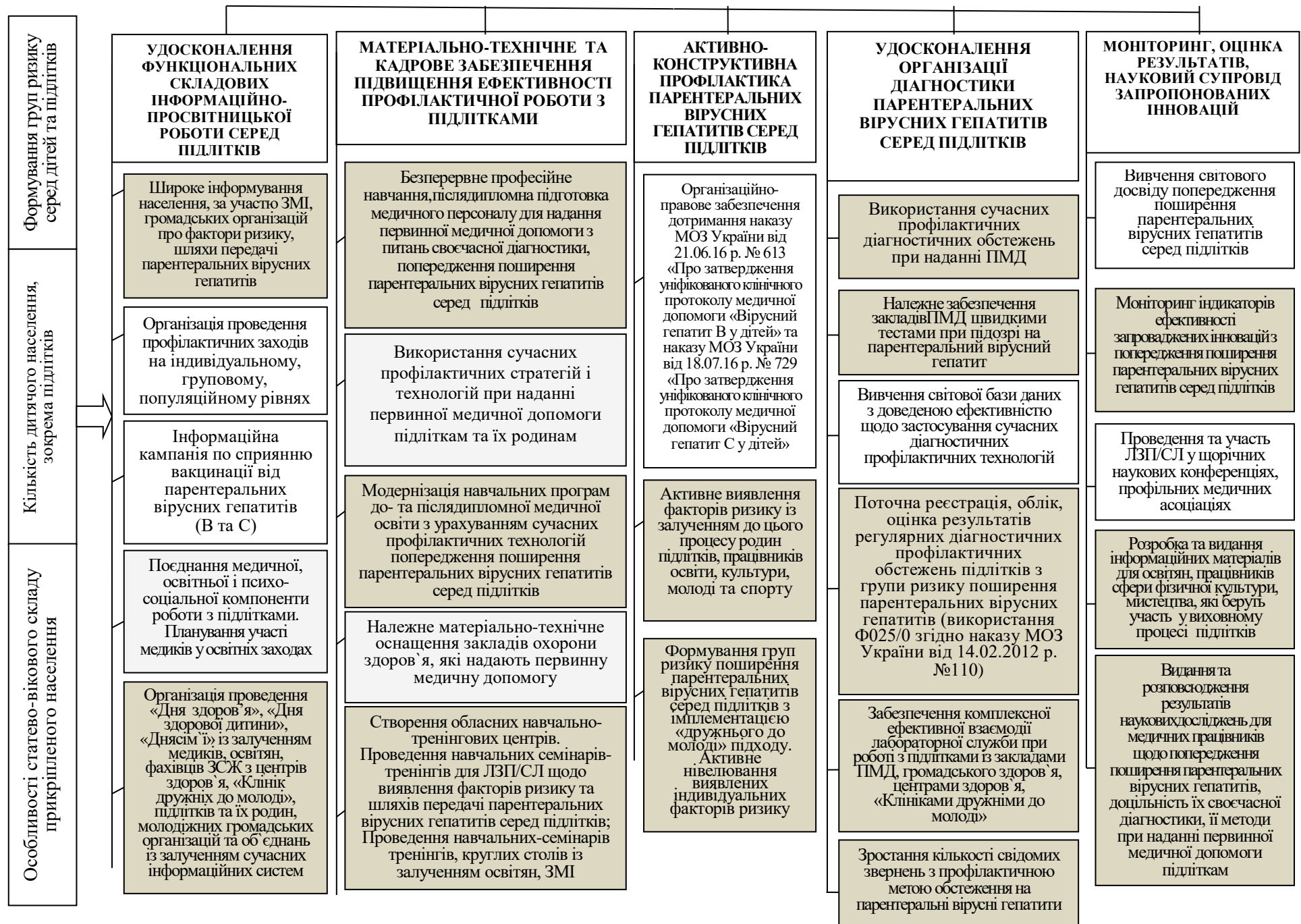


Рис. 5.1. Пріоритетні напрями удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні

Щодо реалізації запропонованих підходів в кожному з них передбачено можливість міжгалузевої участі працівників освіти (вчителі, викладачі), культури, молоді та спорту, туризму, фахівців з питань здорового способу життя з центрів здоров'я, «Клінік дружніх до молоді» та служб громадського здоров'я, які безпосередньо контактують з підлітками, а не лише медиків первинної ланки. Першочерговим є широке інформування громадськості (на індивідуальному, груповому і популяційному рівнях) із залученням ЗМІ, молодіжних громадських організацій, видатних культурних та громадських діячів регіону щодо: необхідності проходження профілактичних обстежень у підлітковому віці; знань факторів ризику та усвідомлення небезпеки передачі інфекції, безсимптомного перебігу захворювання з незворотними змінами в структурі паренхіми печінки, формуванням її цирозу, раку; необхідності своєчасної діагностики гострої стадії захворювання із розумінням, що своєчасно розпочате лікування дозволить зберегти здоров'я та якість життя.

Не менш важливим напрямом є посилення активно-конструктивної профілактики з елементами координації зусиль медичної (лікаря первинної ланки в особі сімейного лікаря, педіатра, терапевта з інфекціоністами, лабораторною службою в області), освітньої, культурної і соціально-виховної сфери щодо визначення і формування груп ризику парентерального вірусного гепатиту серед підлітків, сприянню своєчасному профілактичному втручанням та діагностичному їх обстеженню з урахуванням індивідуальних особливостей та наявних факторів ризику.

Основними методичними принципами удосконалення попередження парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків мають стати: забезпечення пріоритетності впровадження в практику роботи, спілкування з підлітками, сучасних профілактичних технологій на основі «дружнього до молоді» підходу; запровадження комплексного превентивного підходу для оптимізації первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів при взаємодії компетенцій первинного (в особі лікаря загальної практики-сімейного лікаря, сімейного педіатра, терапевта) та вторинної амбулаторно-

поліклінічної допомоги (в особі лікаря-інфекціоніста, дитячого гінеколога, уролога та лабораторної служби); забезпечення справедливого, рівного доступу до отримання медичної допомоги, попередження втрати здоров'я та якості життя починаючи з підліткового віку згідно з європейською стратегією ВООЗ «Здоров'я для всіх» та «Здоров'я: 2020»; відбір та формування групи підлітків з факторами ризику передачі парентерального вірусного гепатиту з урахуванням індивідуальних можливостей нівелювання цих факторів поведінкового ризику; ведення обліку з аналізом результатів організації проведення акцій та заходів з первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді, які можуть стати інформаційним підґрунтям до прийняття відповідних управлінських рішень та (або) прийняття регіональних, державних програм з профілактики поширення парентеральних вірусних гепатитів серед дітей та підлітків в Україні.

Поточними науково обґрунтованими та підтриманими регіональним керівництвом для першочергового пріоритетного впровадження в області стали п'ять вищезазначених напрямів, першим з яких було посилення активно-конструктивної профілактики серед підлітків з організаційно-правовим посиленням контролю за дотриманням та виконанням діючої нормативно-правової бази, а саме: уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей», затверджений наказом МОЗ України від 21.06.2016 р. № 613; уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «вірусний гепатит С у дітей», затверджений наказом МОЗ України від 18.07.2016 р. № 729, із запровадженням рекомендованого опитування підлітків, їх родин і найближчого оточення з метою виявлення факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів.

Активне виявлення факторів ризику із залученням до цього процесу працівників освіти, культури, молоді та спорту, підлітків та їх родин, дозволить ефективно виявляти та працювати над нівелюванням факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів, з усвідомленням

основних шляхів передачі інфекції в підлітковому віці та урахуванням індивідуальних особливостей кожного підлітка, зокрема.

При такій взаємодії сімейному лікарю (ЛЗП/СЛ) простіше координувати зусилля, планувати заходи з профілактики, діагностики для підлітків, їх родин та оточення. Для реалізації пропонується імплементація «дружнього до молоді» підходу, ефективність якого доведена численними вітчизняними та закордонними дослідженнями.

З метою посилення інформаційно-просвітницької складової профілактичної роботи серед підлітків нами запропоновано для впровадження широке залучення ЗМІ, громадських організацій та об'єднань для інформування населення про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, особливо властиві серед підлітків, молоді. Поширенню інформації сприяло розповсюдження усних, друкованих пам'яток (інформаційних та методичних рекомендацій) щодо нівелювання факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів в регіональних закладах охорони здоров'я, освітніх, соціальних і культурних закладах Кіровоградської області.

За ініціативи медиків, що надають первинну медичну допомогу з залученням підтримки регіональних органів влади, департаментів охорони здоров'я, доцільним є організація та проведення «Днів сім'ї», «Дня здорової дитини», «Дня здоров'я» за участі підлітків, їх родин, молодіжних громадських організацій, фахівців з питань здорового способу життя (ЗСЖ) з «Клінік дружніх до молоді», регіональних центрів здоров'я з розповсюдженням інформаційних матеріалів для освітян, працівників сфери культури, молоді та спорту, мистецтва, тощо, які беруть участь у виховному процесі підростаючого покоління. Зростанню поінформованості населення із формуванням громадської думки щодо доцільності регулярних профілактичних обстежень, в тому числі з метою діагностики парентеральних вірусних гепатитів з підліткового віку, сприятиме організація та проведення профілактичних заходів на індивідуальному, груповому,

популяційному рівнях із застосуванням сучасного «дружнього до молоді» підходу в роботі з підлітками.

Для реалізації наведених напрямів важливе місце відведено матеріально-технічному та кадровому забезпеченню впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. В першу чергу, – це належне оснащення закладів первинної медичної допомоги, відповідно до затвердженого МОЗ України табелю.

Ефективність впровадження запропонованих підходів напряму пов'язана з використанням сучасних профілактичних стратегій і технологій при наданні ПМД підліткам та їх родинам. Для цього пропонується проведення навчальних семінарів, тренінгів для ЛЗП/СЛ щодо виявлення факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, які можуть відбуватися в регіональних навчально-тренінгових центрах для медиків ПМД.

Враховуючи, що лікарі мають безперервно професійно навчатися, в післядипломний курс інтернатури, спеціалізації та тематичних удосконалень, зокрема ЛЗП/СЛ, варто включити питання своєчасної діагностики, вакцинації, знання про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, особливості спілкування з підлітками з метою формування «дружнього до молоді» підходу. Доцільною стане модернізація навчальних програм, лекцій та семінарських занять лікарів (в першу чергу ЛЗП/СЛ) на післядипломному рівні з включенням сучасних профілактичних технологій попередження поширення, своєчасної діагностики, лікування та реабілітації дітей, підлітків з парентеральними вірусними гепатитами.

Обміну досвідом та новими знаннями сприятиме участь ЛЗП/СЛ у щорічних конференціях, профільних медичних асоціаціях, видання та розповсюдження медичної літератури, результатів наукових досліджень для медиків щодо сучасних заходів попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, доцільність своєчасної діагностики, її методи при наданні первинної медичної допомоги.

Планування заходів первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків має спиратися на міжгалузевий програмний підхід, не виключаючи використання потенціалу регіональних центрів здоров'я, служб громадського здоров'я, а не лише медиків первинної ланки.

Впровадження запропонованих підходів має сприяти підвищенню обізнаності населення про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, збільшенню кількості свідомих звернень з діагностичною метою осіб, що потребуватиме організації поточної реєстрації, обліку, оцінки результатів регулярних діагностичних профілактичних обстежень підлітків з групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів.

Невід'ємною складовою реалізації запропонованих інновацій залишається складова моніторингу, оцінки результатів та їх наукового супроводу. Її реалізація передбачає розробку індикаторів моніторингового процесу (підвищення обізнаності населення про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів; повнота охоплення підлітків з групи ризику профілактичними діагностичними обстеженнями; зростання відсотку осіб вперше протестованих на антитіла до антигенів вірусного гепатиту С та В за визначений період часу; зростання захворюваності на гострі вірусні гепатити, що передаються парентеральним шляхом при одночасному поступовому зменшенні захворюваності на хронічні вірусні гепатити; зростання відсотку активних звернень з профілактичною метою серед дітей та підлітків на дільниці, тощо).

Науковий супровід інновацій передбачає також розробку та видання інформаційних матеріалів, видання, розповсюдження медичної літератури за результатами проведених наукових досліджень, подальше вивчення сучасних світових даних з доведеною ефективністю щодо застосування профілактичних технологій з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Україні, появу нових профілактичних, діагностичних, реабілітаційних та лікувальних технологій медичного втручання, зокрема кампанії зі сприяння вакцинації. Реалізація наведених

напрямів передбачає спланований комплексний поєднаний вплив медичної, освітньої, психосоціальної, культурної сфер та компонент роботи з підлітками в регіоні з імплементацією «дружнього до молоді» підходу.

5.2. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Кіровоградській області

Підґрунтям для запровадження запропонованого міжгалузевого комплексного програмного підходу до попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків став вивчений вітчизняний та світовий досвід розвинених країн світу, а також результати власних досліджень, які висвітлені в попередніх розділах роботи, досвід взаємодії надання первинної медичної допомоги підліткам та їх родинам, що дозволили розробити удосконалену управлінську функціонально-організаційну модель (рис. 6. 2.), метою реалізації якої стало попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області).

Основу удосконалення складають виявлені регіональні особливості вікової структури та стану здоров'я населення, зокрема щодо особливостей динаміки рівнів та структури захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, світовий та набутий вітчизняний досвід, результати наукових досліджень, в тому числі власного дисертаційного дослідження, щодо ефективності попередження раннім профілактичним втручанням незворотних втрат здоров'я, починаючи з підліткового віку. Запропоноване функціонально-організаційне удосконалення та наведені інноваційні підходи були конструктивно сприйняті керівництвом області, результатом чого стало включення розділу роботи з профілактики та попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та молоді в регіональну



Рис. 6.2. Управлінська удосконалена функціонально-організаційна модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області)

програму соціально-економічного розвитку Кіровоградської області із додатковим бюджетним фінансуванням.

Запропонований нами міжгалузевий підхід з раннім профілактичним втручанням не тільки в медичний, а й в освітній процес дітей та підлітків з 10-ти річного віку в поєднанні з залученням широкого інформування різних верств населення, виявився ефективним.

У виконанні заходів регіональної програми брали участь регіональні департаменти охорони здоров'я, освіти і науки, фізичної культури та спорту, культури, туризму. Координувала та проводила моніторинг виконання запланованого Координаційна рада при ОДА, під головуванням першої особи обласної державної адміністрації Кіровоградської області.

Практично регіональна програма, як пілотний проект була реалізована в повній мірі в м. Кіровоград. В інших районах області відбувалося широке інформування населення, набули логічного осмислення на рівні органів районних управлінь теоретично обґрунтовані нами та підтримані фахівцями департаменту охорони здоров'я, концептуальні напрями попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед дітей, підлітків області. Розпочата проектна розробка реалізації на районних рівнях, в м. Олександрія, заходів обласної програми, запланованих на підставі вивчених особливостей стану здоров'я населення, демографічної, епідеміологічної ситуації, зокрема щодо загрози поширення вірусних гепатитів парентеральним (гемоконтактним) шляхом.

Вагомою перешкодою на шляху реалізації регіональної програми та широкого впровадження запропонованих підходів стала невідповідність кадрового, матеріально-технічного забезпечення закладів первинної медичної допомоги, які згідно обґрунтованих підходів до реформування, найближчим часом мають забезпечити ефективну доступну профілактику, надання медичної допомоги, орієнтиром для якої є досвід країн Європи, за яким до 80,0% звернень населення за медичною допомогою повністю задовольняються наданням первинної медичної допомоги.

Під час впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні виявилось, що більшість ЛЗП відчувають труднощі при спілкуванні із підлітками, особливо 15-17 років (старшого підліткового віку). Причиною цих труднощів є недостатність знань і вмінь ЛЗП/СЛ з консультування із застосуванням дружнього до підлітка підходу. Більшість ЛЗП/СЛ не володіють на практиці сучасними методами статевого виховання підлітків та лише третина ЛЗП/СЛ володіють знаннями про сучасні методи контрацепції у підлітків, проводять роботу з ними щодо формування навичок здорового способу життя, здорових поведінкових звичок. Лише менше 10,0 % ЛЗП/СЛ засвідчили свій досвід співпраці з закладами освіти, соціальними службами.

Організаційні елементи удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в Кіровоградській області можуть залучати не лише діючі механізми у сфері охорони здоров'я, а й поза її межами, включаючи рівні територіальних громад, служби громадського здоров'я, відповідальні за якість і доступність медичних (зокрема профілактичних послуг), заклади культури, освіти, дозвілля та роботи з дітьми, молоддю, як потужний потенціал попередження формування ризикованої саморуйнівної поведінки, поширення знань про засоби захисту, шляхи передачі та попередження поширення інфекції парентеральним шляхом, про доцільність формування засад здорового способу життя серед дітей з раннього підліткового віку.

Удосконалення своєчасної діагностики парентеральних вірусних гепатитів з метою попередження їх поширення серед підлітків в першу чергу передбачає формування у них безпечної для свого здоров'я та здоров'я оточуючих поведінки, мінімізацію впливу поведінкових факторів ризику, попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів через основні шляхи їх передачі, властиві підлітковому віку.

Аналіз наукового інформаційного контенту, узагальнення та систематизація результатів власних досліджень з досвіду взаємодії закладів первинної медичної допомоги, центрів здоров'я, клінік дружніх до молоді,

лабораторних центрів і служб в регіоні щодо попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, дозволили розробити етапність удосконалення її організації в Кіровоградській області, які залишаються актуальними, потребують подальшої реалізації, оскільки лише частково реалізовані за нашої участі та мають стати ключовими в наданні первинної медичної допомоги підліткам в області на перспективу, а саме:

- широке інформування громадськості на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях щодо необхідності своєчасного проходження профілактичних обстежень, обізнаності з факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому віці, розуміння безсимптомного їх перебігу, особливо на ранніх стадіях захворювання, своєчасно розпочате лікування якого дозволяє зберегти здоров'я, тривалість життя та його якість;

- планування та координація профілактичних обстежень підлітків та молоді різного віку з урахуванням та в залежності від індивідуальних особливостей, наявності у них факторів ризику за скоординованої взаємодії ЛЗП/СЛ, педіатрів, терапевтів з інфекціоністами амбулаторного рівня та лабораторної служби в регіоні;

- формування груп ризику з відповідним діагностичним і консультативним супроводом з визначеною кратністю проведення профілактичних обстежень, контролем ефективності проведеної роботи (за наглядом та скеруванням медиків ПМД).

Основою процесу реалізації науково обґрунтованого функціонально-організаційного удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні в Кіровоградській області за його пріоритетними напрямками став міжгалузевий комплексний програмний підхід. Першочерговим для реалізації визначено забезпечення взаємодії і конкордантності між первинною ланкою медичного забезпечення підлітків із громадою на дільниці (сім'ями в яких ростуть і виховуються підлітки) та освітянами, які беруть участь у вихованні підростаючого покоління щодо: своєчасного виявлення факторів ризику;

сприяння нівелюванню керованих факторів ризику з урахуванням індивідуальних особливостей підлітка; ранньої діагностики інфекційного процесу в печінковій паренхімі з метою попередження незворотних її змін (появи карциноми, фіброзу, цирозу).

Ефективним напрямом удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків став інформаційно-просвітницький. До його реалізації були залучені регіональні ЗМІ, громадські організації Кіровоградської області, фахівці з питань здорового способу життя з центрів здоров'я, клінік дружніх до молоді, волонтери, медики і освітяни, які щоденно контактують з дітьми 10-17 років.

Поєднання консультативного, діагностичного та інформаційно-освітнього впливу на підлітків та їх родини, орієнтовано на попередження медико-соціальних наслідків безпечної поведінки підлітків з різностороннім інформуванням про проблеми, пов'язані з факторами ризику та шляхами передачі парентеральних вірусних гепатитів задля забезпечення свободи вибору особи при максимальній її інформованості. Доповнення психосоціальним вектором інформування підлітків дозволяє досягти набуття ними необхідних психологічних навичок спілкування з однолітками, в тому числі у протистоянні груповому тиску, конфліктним ситуаціям та вмінням, для здійснення інформованого усвідомленого правильного вибору.

При впровадженні заходів первинної профілактики, з'ясуванні наявності факторів ризику, формуванні груп ризику, значення має виявлення умов розвитку і формування підлітка з наступним індивідуалізованим підходом до формування виховно-профілактичного впливу на нього.

Своєчасною має бути вторинна профілактика з попередженням поширення вірусних інфекцій парентеральним шляхом підлітками, яким встановлено діагноз гемоконтактного (парентерального) вірусного гепатиту.

Третинна профілактика полягає в узгодженій реабілітації/лікуванні підлітка, яким займаються спеціалізовані заклади охорони здоров'я при взаємодії із сімейним лікарем, освітянами, працівниками соціальних служб.

Вивчений нами стан первинної профілактики поширення парентеральних вірусних гепатитів серед дітей, підлітків, засвідчив, що питання поширення гемоконтактних інфекцій представлені в обов'язкових курсах «Валеологія», «Основи безпеки життєдіяльності», які викладаються в сучасних школах, ліцеях. Навчальні програми направлені в тому числі і на профілактику поширення поведінкових факторів ризику серед підлітків. Проте, єдина державна освітня програма, яка охоплювала б і початкові курси професійних училищ та інших закладів середньої спеціальної та вищої освіти в Україні відсутня, а окремі дії педагогів, медиків, самих батьків, окремих громадських організацій є спорадичними і розрізненими. Доведеною є ефективність спланованих програм організації здорового дозвілля, з залученням підлітків та молоді до суспільно-корисної, творчої та соціально-культурної діяльності, спорту, мистецтва, туризму тощо.

На рівні ЛЗП/СЛ можливим є аспект взаємодії з родиною з урахуванням анамнезу, спадковості, сімейних проблем, які формують поведінкові звички дитини з малих років. Саме тому для роботи з батьками нами запроваджено школи для батьків із залученням до цього не лише медиків, а й освітян, соціальних служб, ЗМІ. Були проведені заняття в першу чергу з профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, раннього материнства, вживання алкоголю, психотропних, токсичних речовин. За нашим глибоким переконанням, має бути створена система навчання для батьків онлайн. Заняття могли б проводити медики, психологи, юристи, соціальні працівники із досвідом роботи в сфері репродукції, профілактики поширення інфекційних процесів гемоконтактним шляхом.

Пусковим механізмом впровадження запропонованих підходів і інновацій в Кіровоградській області стало прийняття програми на рівні ОДА та рішень по її реалізації з переліком заходів на рівні міст і районів області.

Потребує активізації аспект участі громадськості, що має відбуватися за умови плідної співпраці медиків, освітян, із залучення найактивніших членів громад, культурних діячів та публічних осіб. Делегування просвітницької,

профілактичної, консультативної та соціальної роботи серед підлітків на засадах партнерства між медичним персоналом, освітянами та громадою.

На сьогодні ОДА Кіровоградської області з питань удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків області активно співпрацює з «Всеукраїнською мережею людей, що живуть з ВІЛ/СНІД», обласною організацією Червоного Хреста України. В області прийняті програми по удосконаленню надання медичної, соціальної допомоги, сприяння культурному, спортивному розвитку молоді, дітей та підлітків.

Першим етапом після масивного інформування стало проведення «Дня здоров'я», «Дня родини», «Дня здорової дитини», під час яких доповнюються знання підлітків та їх родин щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів, відбувається виявлення «несприятливих родин», поведінкових факторів ризику, як у самих підлітків, так і у членів їх родин, надається можливість безкоштовного консультування ЛЗП/СЛ з наступним профілактичним діагностичним обстеженням на парентеральний вірусний гепатит.

На наступному етапі нагляд з медичної точки зору за особами з групи ризику координує ЛЗП/СЛ, залучаючи до цього процесу, за потреби, психолога, лабораторну службу, дитячих урологів, гінекологів, інфекціоністів тощо. Для нагляду за особами з групи ризику залучаються працівники культури, освіти, органи місцевого самоврядування, останні створюють умови для занять спортом дітей та підлітків, займаються організацією спільних заходів для дітей та батьків.

Впровадження напряму організаційно-правового забезпечення передбачало дослідження правових основ організації надання допомоги підліткам при наданні ПМД, обов'язкові для дотримання. В першу чергу таким документом є Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей», затверджений наказом МОЗ України від 18.07.2016 р. №729 та Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей», затверджений наказом МОЗ України від

21.06.2016 р. № 613, які в свій час були побудовані згідно з методикою, затвердженою наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» та потребуватимуть перегляду в травні 2019 року. Варто відмітити частину, яка стосується обґрунтованих обсягів та порядку проведення, розробки етапності профілактичної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо впровадження рекомендованих ВООЗ підходів до загального щеплення всіх дітей проти вірусного гепатиту В, формування груп ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів із рекомендованою кратністю профілактичних діагностичних обстежень не рідше одного разу на рік, своєчасного виявлення хвороби на ранніх стадіях із одночасним нівелюванням можливих шляхів передачі та факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. В ситуації, що склалася доцільності набуває запровадження індивідуалізованого підходу до визначення факторів ризику та можливостей їх нівелювання при спілкуванні із медиками первинного контакту (ЛЗП/СЛ).

Для моніторингу та наукового супроводу результатів впровадження запропонованих підходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, нами були запропоновані до використання такі критерії як: повнота охоплення населення профілактичними оглядами лікарем загальної практики – сімейним лікарем; підвищення обізнаності прикріпленого населення про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, ризик виникнення захворювання та важливість його профілактики з дитинства; відсоток осіб вперше протестованих на антитіла ВГС та В в звітному році, в т.ч. із встановленим діагнозом; повнота охоплення підлітків з групи ризику профілактичними діагностичними обстеженнями; відсоток активних звернень з профілактичною діагностичною метою серед дітей та підлітків. Аналіз отриманої за індикаторами інформації в динаміці забезпечує об'єктивне підґрунтя для планування виконання заходів первинної профілактики

та стає обґрунтуванням потреби в прийнятті регіональної цільової програми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. Ці результати використовуються для характеристики потенційних і реальних наслідків роботи первинної ланки системи охорони здоров'я, її взаємодії із лабораторною службою регіону та спеціалізованою допомогою в особі інфекційної служби, її амбулаторно-поліклінічної ланки, оцінки їх ефективності, а також для формування локальної (регіональної) бази даних первинної захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, окремо в стадії гострого та хронічного інфекційного процесу.

Основними методичними принципами удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні в Кіровоградській області стали: запровадження комплексного превентивного підходу для оптимізації профілактичного вектору медичної допомоги підліткам; забезпечення пріоритетності впровадження в практику сучасних комплексних профілактичних технологій; забезпечення доступності, рівності отримання медичної допомоги всіх верств прикріпленого населення; пріоритет превентивних втручань з попередження втрати здоров'я та якості життя починаючи з раннього віку.

Суб'єктом управління запропонованого функціонально-організаційного удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків стають не тільки КМУ, ВРУ, МОЗ України, а й міжсекторальна координаційна рада, органи місцевого самоврядування, об'єднання громад, департамент охорони здоров'я регіональної ОДА та головні лікарі, заступники головних лікарів, завідувачі відділень медичних закладів, в яких надається первинна та спеціалізована медична допомога підліткам в амбулаторно-поліклінічних умовах, здійснюється лабораторна діагностика. В їх функції входить мотивація, координація, організація, планування, ресурсне забезпечення, в т.ч. якісної кадрової складової (навчання персоналу), моніторинг, організація освітніх заходів по роботі з населенням, прийняття та контроль виконання управлінського

рішення щодо удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків регіону.

Об'єктом управління стає медичний персонал закладів, який надає первинну та спеціалізовану медичну допомогу підліткам, безпосередньо лікарі загальної практики-сімейні лікарі, інфекціоністи, які практикують в амбулаторно-поліклінічних умовах та надають медичну допомогу підліткам, лабораторна служба регіону, зокрема Кіровоградський обласний лабораторний центр МОЗ України, а також громада, громадські організації, об'єднання, самі підлітки та їх родини, освітньо-виховні, культурні заклади, що займаються вихованням підростаючого покоління (обласний центр туризму Кіровоградської області, КЗ «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей Кіровоградської обласної ради» регіональний центр здоров'я, клініка дружня до молоді та новостворений центр громадського здоров'я. Функціональними обов'язками об'єкту управління передбачено: здійснення та участь у освітніх заходах з інформування про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, планування, аналіз результатів ефективності проведення освітніх заходів з населенням; безперервне підвищення власного кваліфікаційного рівня та обізнаності щодо імплементації сучасних профілактичних підходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків регіону.

Для блоку наукового регулювання, який покладається на регіональний осередок асоціації сімейних лікарів, галузеві та регіональні органи управління і частково контролюється міжсекторальною координаційною радою, визначені наступні основні функції:

- забезпечення сучасною директивною нормативною інформацією (стандарти, уніфіковані протоколи надання медичної допомоги, накази, розпорядження по службі), результатами сучасних соціологічних досліджень серед підлітків та їх родин, оприлюдненими в наукових джерелах інформації, оперативною інформацією про захворюваність на парентеральні вірусні гепатити та результати моніторингу медико-демографічної ситуації, зокрема щодо підлітків;

- налагодження взаємодії закладів охорони здоров'я регіону з освітніми, культурно-масовими виховними закладами, громадськими організаціями;
- підтримки ведення обліку хворих на гострі і хронічні парентеральні вірусні гепатити та осіб, віднесених до групи ризику їх поширення серед підлітків;
- обґрунтування доцільності прийняття регіональних програм попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з моніторингом впровадження запропонованих інновацій за індикаторами із налагодженням функціїзворотного зв'язку;
- організації роботи наукових товариств, науково-практичних конференцій, нарад, колегій, семінарівтощо.

Удосконалення функціональних складових запропонованих підходів відбувається в основному через взаємодію медиків з громадою, освітянами, самими підлітками та членами їх родин при наданні первинної медичної допомоги, поєднанні надання профілактичних діагностичних та інформаційно-освітніх послуг з акцентом на попередження поширення інфекцій, що передаються парентеральним шляхом в середовищі підлітків, раннє виявлення парентеральних вірусних гепатитів В та С на стадії гострого інфекційного процесу, коли своєчасно застосоване лікування дозволяє попередити поширення інфекційного процесу, зберегти якість і тривалість життя, працездатність пацієнта. Реалізація удосконалення інформаційно-просвітницького вектору роботи з підлітками та їх оточенням передбачає залучення ЗМІ, громадських організацій та об'єднань до широкого інформування громадськості, організації та проведення профілактичних заходів на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях, надання усних і друкованих рекомендацій щодо факторів ризику та шляхів передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, організацію та проведення масових акцій (Дня здоров'я, Дня сім'ї, Дня здорової дитини, долучатися до організації проведення Дня молоді, тощо).

Інноваційними елементами удосконаленої організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні стали:

- формування лікарем загальної практики – сімейним лікарем груп ризику серед підлітків та їх оточення щодо поширення парентеральних вірусних гепатитів, із проведенням обстеження швидкими тестами на антитіла до вірусу гепатиту В та(або) С, забезпечення своєчасним консультуванням інфекціоніста з приводу призначення лікування та проведення подальших діагностичних обстежень з кратністю в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта;

- моніторинг індикаторів впровадження інноваційних підходів в організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, динаміки повноти охоплення підлітків профілактичними діагностичними обстеженнями, визначення ефективності проведеної роботи, в тому числі за рахунок змін складу сформованих лікарем ПМД груп ризику, оцінки динаміки відсотку активних звернень з профілактичною метою, відсотку осіб вперше протестованих на антитіла до вірусного гепатиту В і С та тих, яким було вперше встановлено діагноз парентерального вірусного гепатиту за звітний період;

- модернізація навчальних програм з практичними заняттями в навчально-тренінгових класах (центрах) на існуючих базах до- та післядипломного навчання лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, застосування сучасних профілактичних технологій щодо виявлення факторів ризику, шляхів передачі вірусних гепатитів парентеральним шляхом в їх середовищі, діагностики захворювання до появи незворотних змін з розвитком фіброзу, цирозу, печінкової недостатності;

- залучення ЗМІ, освітньо-виховних, культурних закладів, що займаються вихованням підростаючого покоління (Обласний центр туризму в Кіровоградській області, КЗ «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей Кіровоградської обласної ради»), регіонального центру здоров'я, громадських організацій та об'єднань, клінік дружніх до молоді, центру громадського

здоров'я до інформування та заходів оздоровчо-профілактичної підтримки підлітків; проведення анкетування (опитування) самих підлітків та їх оточення, родин щодо виявлення факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів;

- реалізація запропонованого міжгалузевого втручання через планування та виконання розділу програми соціально-економічного розвитку Кіровоградської області дозволило застосувати програмний етапний міжгалузовий підхід до вирішення проблеми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків регіону. Знайшли подальший розвиток та набули якісно нового змісту принципи активно-конструктивної профілактики, суть яких полягає у формуванні або підсиленні активної життєвої позиції особистості з вибором способу життя та поведінки, починаючи з дитинства.

Таким чином, запропонована удосконалена функціонально-організаційна модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні враховує потреби усіх зацікавлених сторін в оптимізації профілактичної складової надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах. А саме: підлітків та їх родин (пацієнтів), медичного персоналу, галузевих та регіональних органів управління, закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу населенню. Організатори охорони здоров'я, представники об'єднаний громад та органів управління приймають активну участь, беручи на себе організаційний, науковий та управлінський супровід, планування заходів з попередження поширення вірусних гепатитів парентеральних шляхом серед підлітків та, за потреби, беруть участь у обґрунтуванні доцільності прийняття регіональних програм та заходів. Функцією контролю на різних рівнях управління наділені керівники структурних підрозділів, завідувачі центрів, відділень, заступники головних лікарів. Основним методом контролю у досліджуваних закладах визначена експертна оцінка із залученням аналізу динаміки статистичних показників та даних державної медичної статистичної звітності щодо захворюваності, поширеності парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. Задля інформування

громадськості, в першу чергу медичної, пропонується поширення результатів проведених досліджень на виробничих нарадах та заняттях з медичним персоналом закладів охорони здоров'я, які визначені базами наукового дослідження. Результати проведеної роботи обговорювалися з населенням та медичною громадськістю під час проведення конференцій, круглих столів та засідань, в тому числі на районному рівні, із виступами на регулярних зібраннях профільних медичних асоціацій (лікарів загальної практики-сімейних лікарів, сімейних терапевтів та педіатрів).

Застосування обґрунтованого удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області) не потребує організаційних змін та додаткових фінансових витрат, а може бути забезпечено лише за рахунок правильного функціонального розподілу між обов'язками лікаря загальної практики та молодшого персоналу з медичною освітою, який працює під його керівництвом. Міжсекторальний програмний підхід до реалізації запропонованих інновацій дозволяє залучати освітян, ЗМІ, громадські організації та об'єднання, освітньо-виховні і культурні заклади, що беруть участь у вихованні підростаючого покоління задля подолання проблеми спільними зусиллями.

5.3. Оцінка ефективності обґрунтованого удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в Кіровоградській області

В сучасному молодіжному, в тому числі підлітковому середовищі України виявлено чимало проблем, які відображаються на стані здоров'я цих вікових категорій населення, а отже формують загрозу для розвитку людського потенціалу держави на майбутнє. За прогнозами чисельність підлітків в Україні буде зменшуватися, помітним є скорочення чисельності вікової групи 0-14 років

через низьку народжуваність (сумарний коефіцієнт народжуваності за останні роки в розрізі регіонів України не перевищував 1,3–1,5).

В середовищі підлітків існує чимало комплексних медичних, соціальних, культурних проблем, які спричиняють руйнівний вплив на їх стан здоров'я, зокрема щодо поширення парентеральних вірусних гепатитів. Серед них: слабка мотивація та відсутність навичок здорового та безпечного життя, в окремих випадках повна відсутність культури здоров'я; зростаючий рівень захворюваності серед підлітків з поширенням в молодіжному середовищі наркоманії, епідемії ВІЛ/СНІДу, парентеральних вірусних гепатитів. Виявлені регіональні особливості захворюваності підлітків на парентеральний вірусний гепатит спонукали до розробки програмного міжгалузевого комплексного підходу до попередження їх поширення, що знайшло відображення в регіональній програмі соціально-економічного розвитку Кіровоградської області, а саме її розділу «Молодіжна політика», завдання та заходи якої затверджувалися щорічно.

Запропоновані в науковій роботі інновації знайшли своє впровадження під час останнього року виконання обласної цільової соціальної програми «Молодь Кіровоградщини» на 2011-2015 рр. (затверджена рішеннями сесії обласної ради № 87 від 18.02.2011 р.), завдання якої були спрямовані, зокрема, на пропаганду та формування здорового способу життя, створення сприятливого середовища та формування підтримки дитячим молодіжним громадським організаціям області у впровадженні і популяризації запропонованих підходів серед молоді Кіровоградської області. Отримані результати реалізації намічених заходів були заслухані та схвалені рішеннями сесії Кіровоградської обласної ради № 154 від 18.11.2016 року.

Лише у 2015 р. у молодіжних заходах Кіровоградської області, які фінансувалися з місцевих бюджетів взяли участь 34,4 тис. молодих людей, віком від 14 до 35 років (з незначним переважанням жіночої статі 57,3 %). У заходах, спрямованих на пропаганду здорового способу життя, а також створення сприятливого середовища для забезпечення зайнятості підлітків 14-17 років

переважали чоловіки (60,0 % та 66,7 % відповідно). Започаткований досвід організації та проведення заходів для підлітків та молоді в області практикується щорічно. В цілому з місцевих бюджетів Кіровоградської області на фінансування молодіжних заходів щорічно спрямовується більше 1000,0 тис. грн. (зокрема у 2017 р. - 1132,8 тис. грн., з яких майже 25,0 % на обласному рівні).

Питання формування здоров'я підлітків Кіровоградщини на рівні мети, завдань та заходів (в рамках виконання Державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2016-2020 рр., затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 18.02.2016 р. №148) включені до обласної цільової програми «Молодь Кіровоградщини» на 2016-2020 роки (затверджена рішенням сесії обласної ради від 18.11.2016 р. №154), з деталізацією у додатку «Напрями реалізації та заходи обласної цільової соціальної програми «Молодь Кіровоградщини». Ними передбачено задоволення потреб у формуванні здорового способу життя, збереженні здоров'я підлітків з урахуванням регіональних гендерних особливостей та очікувань за результатами запланованого проведення опитування підлітків та молоді сільської, міської місцевості, їх соціальних особливостей. Отримані результати враховувалися під час щорічного складання календарного плану обласних заходів для молоді та підлітків Кіровоградської області.

Масова популяризація здорового способу життя, фізичної активності, збереження та зміцнення здоров'я, починаючи з раннього віку в Кіровоградській області, до планування і виконання заходів якої долучався дисертант, була прописана і реалізована в обласній цільовій соціальній програмі розвитку фізичної культури і спорту на 2012-2016 рр. Цільовою аудиторією спортивних шкіл та гуртків Кіровоградщини стала вікова група дітей 6-18 років з суттєвим переважанням хлопчиків. До реалізації заходів програми були долучені спортивні школи, підпорядковані громадським організаціям, та школи, які перебувають в комунальній власності. Залучені з цією метою кошти місцевих бюджетів області (близько 41,1 млн. грн.) було витрачено на проведення інформаційно-просвітницької акції щодо популяризації здорового способу

життя, спорту, фізичної культури, розширенню мережі гурткових занять підлітків.

Результати виконання етапів цих програм частково враховані та знайшли продовження в Стратегії розвитку Кіровоградської області на період до 2020 р. (затверджена рішенням Кіровоградської обласної ради від 21 грудня 2012 р. №411 і пізніше, у редакції рішення Кіровоградської обласної ради від 27 березня 2015 р. №716 та від 10 березня 2017 р. №238), в направленій на її виконання Програмі економічного і соціального розвитку Кіровоградської області, план виконання якої затверджується щорічно рішенням Голови обласної ради, після розгляду на сесії Кіровоградської обласної ради, зокрема останніми з них були: рішення Кіровоградської обласної ради від 23 грудня 2016 р. № 196 «Про програму економічного і соціального розвитку Кіровоградської області на 2017 рік»; розпорядження Голови облдержадміністрації від 30 січня 2017 р. №42-р «Про організацію виконання та контроль за виконанням програми економічного і соціального розвитку Кіровоградської області на 2017 рік»; розпорядження Голови обласної державної адміністрації від 26 січня 2018 р. №31-р «Про організацію виконання та контроль за виконанням програми економічного і соціального розвитку Кіровоградської області на 2018 рік»; рішення обласної ради від 22 грудня 2017 р. № 413 «Про програму економічного і соціального розвитку Кіровоградської області на 2018 рік».

За період впровадження запропонованої удосконаленої організації попередження захворюваності на парентеральні вірусні гепатити серед підлітків Кіровоградської області, яку було покладено в основу написання 1-го підрозділу «Забезпечення підтримки дітей, сім'ї та молоді» Розділу програми «Стандарти життя населення». Результатами запровадженого моніторингу зафіксовано активізацію роботи комунального закладу «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей Кіровоградської обласної ради», в якому лише протягом першого півріччя 2018 року отримало соціально-психологічні послуги 96 дітей та 50 дорослих осіб, що займаються вихованням дітей.

На виконання запланованих заходів програми Кіровоградським обласним центром соціально-психологічної допомоги було започатковано виїзди «Мобільного консультативного пункту соціальної роботи», лише за I півріччя 2018 р. було здійснено за планом 19 таких виїздів, якими охоплено населення 39 населених пунктів області. Відвідано 102 родини, які опинилися в складних життєвих обставинах, проведена за згодою діагностика парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. Реалізація запланованого супроводжувалась інформуванням населення, особливо підлітків, молоді щодо необхідності дотримання засад здорового способу життя, формування громадянської культури здоров'я, проводилася інформаційно-просвітницька робота з попередження та подолання негативних поведінкових явищ у дитячому і молодіжному середовищі.

Масивна інформаційна кампанія в області із залученням медиків первинної медичної допомоги, освітян, культурних і громадських діячів, молодіжних громадських організацій та об'єднань щодо необхідності участі в проходженні профілактичних обстежень, виявленні факторів ризику та про наслідки пізнього виявлення парентеральних вірусних гепатитів в формі усної, індивідуальної та групової інформації (співбесіди, круглі столи, лекції), із залученням всіх можливих засобів масової інформації (ЗМІ) в межах області призвела до активізації самозвернень громадян з профілактичною метою до закладів первинного рівня та лабораторної служби області.

За ініціативи лікарів загальної практики-сімейних лікарів первинної ланки медичної допомоги та для реалізації зазначеного в регіональній комплексній програмі міжсекторального підходу із залученням лабораторної служби, медиків, освітян, громадських та культурних діячів, запроваджено відзначення Міжнародного дня сім'ї, Дня матері, Дня здорової дитини. Так, у травні 2018 р. в рамках відзначення міжнародного дня сім'ї, проведено XIV обласний фестиваль сімейної творчості «Родинні скарби Кіровоградщини», метою якого визначено відродження та формування родинних традицій, формування здорового підростаючого покоління, задля процвітання держави в майбутньому. Під час проведення таких акцій проводили опитування підлітків та членів їх родин щодо

знань про фактори ризику, шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, які переважають в підлітковому віці, надавалася можливість безкоштовно проконсультуватися у сімейного лікаря та за потреби пройти діагностику швидким тестом на вірусний гепатит В, С.

До реалізації регіональної програми, зокрема її розділу по роботі з підростаючим поколінням було залучено медиків 25 центрів ПМД та 1 АЗПСМ (в селищі Гірниче), які в тому числі для участі в цій роботі були в 2017 р. підключені до мережі Інтернет та залучалися до планування та проведення заходів програми. Додатково аналогічна робота проводилася із сімейними терапевтами і педіатрами, які мають серед прикріпленого населення підлітків. Зроблені перші спроби, що призвели до налагодження взаємодії медиків з освітянами, як шкільної так і позашкільної освіти. З'ясовано, що в Кіровоградській області працює 77 закладів позашкільної освіти, які відвідує 55 тисяч дітей шкільного віку, за рахунок чого охоплення дітей позашкільною освітою становить 82,7 %. Одним із найпотужніших закладів позашкільної освіти, з яким налагоджена тривала співпраця став «Обласний центр туризму, краєзнавства, спорту та екскурсій учнівської молоді», на базі якого проводилися заняття з підлітками щодо доцільності формування здорового способу життя, здорових звичок, надавалася інформація про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів, про безсимптомний початок захворювання і доцільність своєчасної діагностики інфекційного процесу на ранній стадії. До проведення таких занять долучалися медики первинної ланки, інфекціоніст, педіатри. Згодом до цієї роботи долучився комунальний позашкільний навчальний заклад «Обласний центр еколого-натуралістичної творчості учнівської молоді» та комунальний заклад позашкільної освіти «Обласний центр дитячо-юнацької творчості учнівської молоді».

Організація наведених заходів передбачала приурочену до цих подій можливість безкоштовної консультації, профілактичних та діагностичних обстежень, поширення інформації про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, проведення занять, лекцій з

формування навичок здорового способу життя, попередження розвитку та усунення факторів ризику гемоконтактного поширення інфекційного процесу.

Згідно із класичними канонами організації та управління охороною здоров'я, функція структур медичної допомоги, в тому числі по забезпеченню первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів, передбачає перенесення запланованих дій у ті з них, які оптимально їй відповідають і повноваження співробітників узгоджуються з ними. Відповідальність за надання профілактичної медичної допомоги підліткам покладається на завідувачів відділень (головних лікарів закладів, які надають первинну медичну допомогу), голів (обласних, районних) асоціацій, в окремих випадках – безпосередньо на лікарів (ЛЗП–СЛ), тобто, має місце зустрічна організація діяльності.

Активне впровадження обґрунтованих інноваційних елементів удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків призвело до зростання поінформованості підлітків та їх родин, результатом чого стало збільшення свідомих їх звернень за профілактичною медичною допомогою. В області зросла кількість профілактичних обстежень та виявлених парентеральних вірусних гепатитів на гострій стадії захворювання (з 19,53 % в 2015 р. до 21,9 % в 2017 р. та до 23,5 % за перше півріччя 2018 р.). Розпочате впровадження удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в Кіровоградській області призвело до:

- збільшення кількості відвідувань лікаря загальної практики-сімейного лікаря підлітками 15-17 років;
- підвищення частки підлітків, скерованих у лікувальні заклади фахівцями соціальних служб та навчальних закладів;
- підвищення в структурі відвідувань частки підлітків, які звернулися за профілактичною та консультативною допомогою;
- підвищення частки підлітків, проконсультованих або обстежених з профілактичною метою на парентеральний вірусний гепатит.

Протягом 2017 року кількість відвідувань до лікарів-інфекціоністів включно з профілактичними збільшилась на 15,4 % і становить 102 290 проти

88 606 в 2016 р. З приводу захворювань збільшилася кількість відвідувань на 6,9 % з 65 689 в 2016 р. до 70 198 в 2017 р.

Впровадження з 2015 р. елементів удосконаленої організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків Кіровоградської області, знаходило своє підтвердження в щорічних заходах Обласної комплексної програми соціально-економічного розвитку та довело медичну та соціальну ефективність.

Виявлення парентеральних вірусних гепатитів в гострій стадії захворювання дозволяло своєчасно застосувати сучасні методи лікування без суттєвих втрат компонентів якості життя, що гарантувало в перспективі збереження працездатності підлітків, що доводить наявність економічного ефекту від запровадження обґрунтованих заходів. За розрахунками, проведеними з урахуванням значень валового регіонального продукту в розрахунку на одного мешканця Кіровоградської області, оприлюднених Державною службою статистики України в 2018 р. за підсумками 2017 р. (у статистичному збірнику «Регіональний людський розвиток» (Наказ Держстату України від 17.12.2014 № 398) становив для мешканців Кіровоградської області 15,533 тис. грн. на одну особу (дані, наведені без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції). В результаті було встановлено, що реалізація на практиці основних запропонованих нововведень, призвела до того, що можливим стало досягнення скорочень економічних втрат, зокрема в 2017 р. в Кіровоградській області, в розмірі 978 579 тис. грн., оскільки за період впровадження запропонованих підходів виявлено своєчасно парентеральний вірусний гепатит у 63 підлітків, що дало змогу попередити виникнення хронічного гепатиту з його ускладненнями та втрату працездатності.

Позитивна оцінка та високий рівень узгодженості експертів щодо достатньої наукової обґрунтованості запропонованих інноваційних та доповнених функціонально існуючих елементів удосконаленої організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків

Кіровоградської області, доцільності їх впровадження в систему охорони здоров'я України, дозволяє рекомендувати їх до широкого запровадження у всіх регіонах України. Експертна група, відповідно до міжнародних вимог до проведення таких досліджень включала як науковців за фахом соціальна медицина, так і представників клінічної медицини, організаторів охорони здоров'я, практикуючих сімейних лікарів, які надають первинну медичну допомогу підліткам. Після попереднього інформування у формі відкритої дискусії, добровільної усної згоди на участь у якості експерта, відбувалося заповнення попередньо підготованих анкет експертної оцінки. До експертизи було залучено 30 досвідчених фахівців, до складу яких увійшли 11 науковців, 12 організаторів охорони здоров'я, керівників амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я (центрів первинної медико-санітарної допомоги, сімейних амбулаторій), які надають медичну допомогу на засадах загальної лікарської практики, 5 лікарів загальної практики – сімейних лікарів та 2 лікарів первинного контакту (педіатри) з Клініки, дружньої до молоді, які щоденно контактують з підлітками. Серед експертів більшість (85,2%) мали вищу кваліфікаційну категорію, було 8 докторів та 2 кандидати медичних наук. Результати експертної оцінки запропонованих інновацій функціонально-організаційного удосконалення моделі організації попередження поширення парентерального вірусного гепатиту серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області) представлено в табл. 5.1.

Загальна експертна оцінка обґрунтованих підходів по удосконаленню організації попередження поширення серед підлітків парентеральних вірусних гепатитів на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області) за 10-ти бальною шкалою склала $9,76 \pm 0,85$ балів, в тому числі щодо дієвості – $9,22 \pm 0,24$; профілактичної спрямованості – $9,89 \pm 0,19$; етапності організації – $9,40 \pm 0,47$ та доступності – $9,60 \pm 0,68$ балів. На думку експертів, впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентерального вірусного гепатиту серед підлітків на основі комплексної міжсекторальної взаємодії медиків, які надають первинну медичну допомогу,

**Ставлення експертів до впровадження інновацій удосконаленої моделі
попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед
підлітків**

Елементи інновацій	Абс. к-сть позитивних відповідей	%	C _v
Дієвість запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі	30	100,0	-
Профілактична спрямованість запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі	30	100,0	-
Обґрунтування концептуальних пріоритетних напрямів організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, які перебувають актуалізації та реалізації як ключові	30	100,0	-
Етапність організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	30	100,0	-
Посилення вектору активно-конструктивної профілактики з координацією зусиль медичної, освітньої, культурної і соціально-виховної сфери попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в цілому	26	86,7	4,5 7
Визначення та формування за участі лікаря загальної практики – сімейного лікаря груп ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з можливістю проведення обстеження швидкими тестами на антитіла до вірусу гепатиту В та/або С при наданні первинної медичної допомоги	29	96,7	3,0 9
Інформування громадськості щодо доцільності проведення профілактичних заходів та діагностичних обстежень серед підлітків, формування знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів з усвідомленням небезпеки інфікування та безсимптомного початку хвороби	29	96,7	3,0 9

Елементи інновацій	Абс. к-сть позитивних відповідей	%	C _v
Залучення освітян, молодіжних культурних і громадських організацій, закладів позашкільної освіти та спорту до надання оздоровчо-профілактичної підтримки підліткам	24	80,0	6,76
Доступність та можливість для підлітка проходження безкоштовно діагностичного обстеження з розумінням, що своєчасно розпочате лікування дозволить зберегти здоров'я та якість життя	30	100,0	-
Комплексне сприяння своєчасному профілактичному втручанню та діагностичному обстеженню підлітка з урахуванням індивідуальних особливостей, наявних факторів ризику на основі дружнього підходу	30	100,0	-
Покладання на головних лікарів (уповноважених ними осіб), медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу функцій планування заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх координації, мотивації та ресурсного забезпечення з наступним аналізом для прийняття управлінських рішень	30	100	-
Удосконалення організації діагностики, матеріально-технічного та кадрового забезпечення профілактичної роботи з підлітками	28	93,3	5,59
Покладання на регіональні органи управління, об'єднані громади функцій управлінського супроводу, планування та обґрунтування доцільності прийняття регіональних програм з удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	29	96,7	3,09

Елементи інновацій	Абс. к-сть позитивних відповідей	%	C _v
Моніторинг індикаторів впровадження удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	30	100	-
Модернізація навчальних програм з практичними заняттями в навчально-тренінгових класах (центрах) на існуючих базах до- та післядипломного навчання ЛЗП/СЛ щодо застосування сучасних профілактичних технологій попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	27	90,0	3,61
Програмний регіональний підхід до реалізації міжгалузевого етапного вирішення проблеми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків	29	96,7	3,09

освітян, працівників соціальних служб, культурної та виховної сфер, які щоденно працюють з підлітками дасть можливість: виявляти осіб з факторами ризику; забезпечувати кратність та обсяг діагностичних профілактичних обстежень з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта; своєчасно діагностувати захворювання, попереджувати поширення інфекційного процесу.

Коефіцієнт варіації (узгодженості думок та ставлення експертів до обґрунтованого удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні (на прикладі Кіровоградської області) не перевищував 9,76 %, що вказує на високу їх узгодженість у своїх відповідях.

Висновки до розділу 5

Обґрунтовані та розроблені пріоритетні концептуальні напрями попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, якими передбачено удосконалення функціональних складових інформаційно-просвітницької роботи серед підлітків, посилення вектору активно-конструктивної профілактики поширення парентерального вірусного гепатиту серед підлітків з відповідним матеріально-технічним, кадровим забезпеченням, підвищення ефективності профілактичної роботи, удосконалення організації діагностики парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з моніторингом та науковим супроводом запропонованих інновацій в майбутньому. Запропоноване функціонально-організаційне удосконалення не передбачає створення в структурі системи охорони здоров'я нових підрозділів, що дозволяє впроваджувати їх в інших регіонах України.

Запровадження розроблених організаційних підходів до функціонально-організаційного удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні довело свою медико-соціальну ефективність із економічним ефектом 978 млн. 579 тис. грн. Завдяки зростанню поінформованості населення збільшилася кількість свідомих звернень дітей підлітків та членів їх родин за профілактичною медичною допомогою, в результаті чого в Кіровоградській області лише в 2017 р. зросла кількість відвідувань до лікарів-інфекціоністів, включаючи з профілактичними візитами, на 15,4 % (102 290 проти 88 606 в 2016 р.), на 6,9 % (з 65 689 в 2016 р. до 70 198 в 2017 р.) зросла кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів області.

Обґрунтовані результати дисертаційного дослідження лягли в основу прийнятої Стратегії розвитку Кіровоградської області на період до 2020 року, де окремим пунктом виділено заходи профілактичної, діагностичної та інформаційно-просвітницької роботи з підлітками щодо попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів, реалізація яких призвела до

покращення своєчасності виявлення захворювання та збільшення кількості свідомих звернень до лікувальних закладів з профілактичною метою.

Експертна оцінка прийнятності обґрунтованих в дисертаційній роботі підходів із залученням групи компетентних експертів (30 експертів), засвідчила загальну позитивну оцінку запропонованих інновацій ($9,76 \pm 0,85$ бали), з високою однотайністю їх думок (коефіцієнт варіації не перевищував 9,76 %). Вказане підтверджує можливість рекомендувати їх для впровадження в інших регіонах України.

Удосконалена організація попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, обґрунтована, розроблена і впроваджена із застосуванням теорії системності, відповідно до сучасних міжнародних підходів та стратегій профілактики, позитивно оцінена експертами в цілому, має доведену медичну, соціальну та економічну ефективність, не потребує суттєвих структурно-організаційних змін та додаткового бюджетного фінансування, передбачаючи лише функціонально-організаційну взаємодію на основі комплексного програмного міжгалузевого підходу між медиками, освітянами та громадою, в якій зростають підлітки з тріадою поєднання консультативного, діагностичного та інформаційно-освітнього впливу, відповідає сучасним вимогам посилення профілактичного вектору надання медичної допомоги населенню на регіональному рівні, що дозволяє рекомендувати подальше впровадження та застосування науково обґрунтованих підходів в інших регіонах України.

Обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні, результати її впровадження та апробації висвітлені в наступних особистих працях: [312, 314, 316, 318, 321, 324, 326].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість існуючого стану організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, що обумовило необхідність наукового обґрунтування його удосконалення, базовою основою якого стали: врахування регіональних особливостей захворюваності на парентеральні вірусні гепатити в плануванні регіональних програм, запровадження комплексного програмного міжгалузевого підходу з об'єктивізацією визначення обсягів профілактичних діагностичних обстежень, етапності надання медичної допомоги з поєднанням профілактичного, діагностичного та інформаційно-просвітницького впливу, впровадження яких сприяє попередженню поширення інфекцій парентеральним шляхом, починаючи з раннього підліткового віку.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та шляхи вирішення актуального завдання – обґрунтування, розробки та впровадження удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні з доведеною медичною, соціальною та економічною ефективністю.

1. Встановлено вагомий вплив на формування здоров'я населення визнаної у світі «тихої епідемії» парентеральних вірусних гепатитів. Їх поширеність (щорічно інфікується біля 50 млн. осіб), безсимптомність перебігу (від 40,0 до 80,0 % пацієнтів не знають, що хворі), схильність до хронізації процесу із суттєвими людськими втратами (від наслідків хронічного вірусного гепатиту щорічно помирає до 2 млн. осіб) надає актуальності пошуку шляхів попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів та їх медико-соціальних наслідків в Україні.

2. Доведено, що зростання захворюваності на вірусні гепатити в Україні (з 25,8 в 2007 р. до 29,67 в 2016 р., або на 15,0 %) при зменшенні її на гострий вірусний гепатит А (в 2,4 рази, $p < 0,01$), гострий вірусний гепатит В (в 1,83 рази,

$p < 0,01$), гострий вірусний гепатит С (в 1,5 рази, $p < 0,01$), відбувається за рахунок хронічних гепатитів, з суттєвою перевагою (78,5%) в їх структурі гепатиту С (проти 20,6% хронічного вірусного гепатиту В). В структурі захворюваності на вірусний гепатит дитячого населення переважає гострий вірусний гепатит А (83,6%), тоді як парентеральні вірусні гепатити В і С суттєво переважають у віковій групі підлітків, із переважанням гепатиту С (52,7 %) в структурі захворюваності на хронічні вірусні гепатити серед дітей.

3. Встановлено, що вірусні гепатити в Україні переважно ($58,79 \pm 0,44$ %) діагностуються в хронічній стадії, особливо в Кіровоградській області ($80,35 \pm 2,14$ %), де захворюваність в 1,2 рази перевищує середньоукраїнську (35,52 проти 29,67 на 100 тис. населення в Україні, 2016 р.), має високі її рівні на хронічний вірусний гепатит (28,54 проти 17,44 по Україні, зокрема на гепатит С 21,87 проти 13,69 та гепатит В 5,95 проти 3,59 на 100 тис. населення по Україні), із зростанням показників при парентеральних вірусних гепатитах В і С серед підлітків та перевагою в структурі захворюваності дітей на хронічні вірусні гепатити - гепатиту С ($52,7 \pm 5,8$ %).

4. Доведено, що попри зростання забезпеченості населення Кіровоградської області сімейними лікарями (до 2,82 в 2017 р.), вона поступається середньоукраїнській (3,87 на 10 тис. населення). Майже незмінною залишається забезпеченість педіатрами (з 2,0 до 1,93) та дитячими інфекціоністами (з 0,44 до 0,41) з низькою укомплектованістю посад останніх (77,7 %) при надмірній забезпеченості інфекційними ліжками та розвиненій мережі кабінетів інфекційних захворювань (26). Кожен четвертий із ($25,85 \pm 3,06$ %) сімейних лікарів, які в більшості випадків ($80,49 \pm 4,91$ %) працюють за фахом ЗП-СМ після перепідготовки на післядипломному рівні з терапевтів ($58,05 \pm 3,45$ %) та педіатрів ($22,44 \pm 2,91$ %), мають досвід роботи на засадах загальної лікарської практики не більше 5 років ($54,15 \pm 3,48$ %), не вважає профілактичну роботу основною в своїй діяльності, не має для неї часу ($35,61 \pm 3,34$ %) та достатніх знань ($23,9 \pm 2,98$ %) з ефективної профілактичної роботи в родині.

5. Встановлено, що більшість сімейних лікарів знайомі з факторами ризику парентерального вірусного гепатиту ($98,54 \pm 0,84$ %), шляхами їх передачі ($85,37 \pm 2,47$ %), володіють необхідними знаннями, методами діагностики ($86,34 \pm 2,40$ %), проте застосовують на практиці знання та вміння лише 10,0 % ($9,76 \pm 2,07$ %), третина ($30,73 \pm 3,22$ %) через відсутність обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень, ще половина ($59,51 \pm 3,43$ %) через відсутність навичок користування тест-системами, сучасними профілактичними технологіями при роботі з підлітками. Робочі місця більшості ($90,73 \pm 2,03$ %) не забезпечені тест-системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів, натомість $85,37 \pm 2,47$ % поінформовані про маршрут пацієнта у разі потреби проведення профілактичного діагностичного обстеження.

6. Виявлено, що більша половина освітян ($74,94 \pm 2,17$ %) готові активно співпрацювати з медиками та батьками щодо попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, проте мають недостатньо сформовану настороженість щодо цього ($41,35 \pm 2,47$ %), яка поєднується із стигматизацією на тлі відсутності вичерпних знань про фактори ризику та шляхи інфікування.

7. Виявлена незрілою настороженість підлітків щодо поширення парентеральних вірусних гепатитів. При високому рівні поінформованості про доцільність дотримання засад здорового способу життя з дитинства ($84,33 \pm 1,81$ %), про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів ($82,84 \pm 1,88$ %), підлітки рідко сприймають серйозно загрозу зараження ($30,60 \pm 2,30$ %), безпечні відносно можливого зараження при контакті з однолітками з ранніми сексуальними стосунками ($29,35 \pm 2,27$ %), особами з татуваннями ($51,24 \pm 2,49$ %), при незахищених сексуальних стосунках ($29,35 \pm 2,27$ %).

8. Встановлено, що запровадження державних скринінгових програм з профілактичним обстеженням підлітків на парентеральні вірусні гепатити підтримала більшість лікарів первинного контакту ($90,73 \pm 2,03$ %), освітян

(83,71±1,85 %) та самих підлітків (78,61±2,05 %), що доводить доцільність наукового обґрунтування міжгалузевого комплексного програмного підходу до вирішення проблеми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні.

9. Доведено, що пріоритетами з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків Кіровоградської області мають стати наступні напрями: посилення активно-конструктивної профілактики; інформаційно-просвітницької роботи; удосконалення організації діагностики парентеральних вірусних гепатитів; моніторингу, оцінки результатів, наукового супроводу запропонованих інновацій; матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

10. Основою процесу реалізації науково обґрунтованого функціонально-організаційного удосконалення попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні став міжгалузевий комплексний програмний принцип, ключовими методичними елементами якого стали: запровадження комплексного превентивного підходу щодо оптимізації профілактичного вектору медичної допомоги підліткам; забезпечення пріоритетності впровадження в практику сучасних комплексних профілактичних технологій; забезпечення доступності, рівності отримання медичної допомоги всіх верств прикріпленого населення; пріоритет превентивних заходів з попередження втрати здоров'я та якості життя починаючи з раннього віку.

11. Інноваційними елементами удосконаленої організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні стали: формування лікарем загальної практики – сімейним лікарем груп ризику серед підлітків та їх оточення, із проведенням обстеження швидкими тестами на антитіла до вірусу гепатиту В та(або) С; моніторинг індикаторів впровадження інноваційних підходів; модернізація навчальних програм з практичними заняттями в навчально-тренінгових класах (центрах) на існуючих базах до- та післядипломного навчання лікарів загальної практики-сімейної медицини; залучення ЗМІ, освітньо-виховних, культурних закладів, що займаються вихованням підростаючого покоління (Обласний центр туризму в

Кіровоградській області, КЗ «Центр соціально-психологічної реабілітації дітей Кіровоградської обласної ради»), також регіонального центру здоров'я, громадських організацій та об'єднань, клінік дружніх до молоді, центру громадського здоров'я до інформування та заходів оздоровчо-профілактичної підтримки підлітків; проведення анкетування (опитування) самих підлітків та їх оточення, родин щодо виявлення факторів ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів.

12. Обґрунтовані результати дисертаційного дослідження лягли в основу прийнятої Стратегії та Програми економічного і соціального розвитку Кіровоградської області, Програми «Молодь Кіровоградщини» на 2011-2015 рр. та на 2016-2020 рр., де окремими пунктами виділені заходи з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків. Обґрунтована впроваджена удосконалена функціонально-організаційна модель на основі міжгалузевої, міждисциплінарної інтеграції консультативного, діагностичного та інформаційно-освітнього підходів на регіональному рівні позитивно оцінена експертами щодо дієвості та достатньої наукової обґрунтованості запропонованих інновацій, що дозволяє рекомендувати її до впровадження в інших регіонах України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані та апробовані результати дисертаційного дослідження дозволяють рекомендувати: *Міністерству охорони здоров'я України* забезпечити внесення змін до навчальних програм на післядипломному рівні навчання для ЛЗП/СЛ питань з удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків;

Обласним державним адміністраціям: обґрунтовувати, розробляти приймати та впроваджувати регіональні програми з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів в середовищі підлітків; створити обласні Координаційні ради з питань попередження поширення в підлітковому середовищі інфекцій парентеральним шляхом, зокрема парентеральних вірусних гепатитів; забезпечити в регіонах розвиток системи громадського здоров'я.

Управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та міста Києва: рекомендувати до впровадження обґрунтовану удосконалену модель попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, що має етапність надання профілактичної, діагностичної та інформаційно-просвітницької допомоги підліткам, із залученням їх батьків, учителів, співробітників влади, громадських організацій; впровадити систему моніторингу та оцінки ефективності надання медичної допомоги підліткам, та якості профілактичної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анализ травматизма, риска заражения медработников гемоконтактными инфекциями / Болехан В. Н., Буланьков Ю. И., Новиков А. Л. [и др.] // Эпидемиология, лабораторная диагностика и профилактика вирусных инфекций. — СПб., 2005. — С. 293 — 294.
2. Базин И. С. Гепатоцеллюлярный рак печени — современное состояние проблемы / И. С. Базин // Практическая онкология — 2008.— Т. 9, № 4. — С. 216 – 228.
3. Байкова Т. А. Внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов В и С / Т. А. Байкова, Т. Н. Лопаткина // Клиническая гематология. — 2012. — № 1. — С. 31 — 36.
4. Бобрик А. В. Эволюция современных методов защиты медработников от гемоконтактных инфекций / А. В. Бобрик, Л. А. Дементьева, А. А. Мельникова // Круглый стол. — 2007. — № 3. — С. 52 — 56.
5. Бондаренко А. Н. «Биохимическая» биопсия печени: монография / А. Н. Бондаренко. — Кривой Рог : Издательский центр ГВУЗ «КНУ», 2013. — 275 с.
6. Вивчення сучасної епідеміологічної і вірусологічної характеристики гепатиту С на території Північно-Західної частини України (за матеріалами Рівненської області) / І. С. Хоронжевська-Муляр, Г. А. Мартинюк, Г. М. Шевченко [та ін.] // Гепатологія. — 2010. — № 1 (7). — С. 35 — 41.
7. Влияние социальных факторов на развитие эпидемического процесса в современных условиях (на модели гепатита В) / А. Л. Гураль, В. Ф. Мариевский, Т. А. Сергеева [и др.] // Вчення Л. В. Громашевського на сучасному етапі розвитку епідемічного процесу. — К., 2007. — С. 29 — 36.
8. Годков М. А. Гемоконтактные вирусные инфекции (ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С) в стационарах скорой медицинской помощи : дис. доктора мед. наук / М. А. Годков. — М., 2011. — 235 с.

9. Годков М. А. Микст-инфекции у пациентов стационара скорой медицинской помощи / М. А. Годков // Эпидемиология и инфекционные болезни — 2007. — № 5. — С. 28 — 30.

10. Голиусов А. А. Биологический производственный фактор риска инфицирования ВИЧ в работе врача-стоматолога: дис. канд. мед. наук; спец: 14.00.30 / Александр Александрович Голиусов. — М., 2008. — 24 с.

11. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. — 1997. — 365 с.

12. Грушко Г. В. Анализ зависимости распространения внутрибольничных инфекций от организации труда медицинского персонала многопрофильной ведомственной медицинской организации / Г. В. Грушко, С. Н. Линченко, М. А. Конюхов // Успехи современного естествознания. — 2013. — № 5. — С. 144 — 145.

13. Дровнина С. П. Гигиеническая и эпидемиологическая характеристика производственных факторов риска инфицирования вирусами гепатитов В, С и ВИЧ медицинских работников: дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.07, 14.00.30 / София Павловна Дровнина. — СПб, 2005. — 172 с.

14. Епідеміологічний ризик поширення гепатитів В і С у лікувальних закладах неінфекційного профілю / В. Ф. Марієвський, Т. А. Сергєєва, А. Л. Гураль [та ін.] // Профілактична медицина. — 2009. — № 4. — С. 4 — 11.

15. Заболеваемость парентеральными вирусными гепатитами среди медицинских работников / Е. А. Мельникова, Л. Л. Попова, Д. Ю. Константинов, А. А. Суздальцев // Вирусные гепатиты – эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика — Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием, 29–31 мая 2007 г., Москва. — М., 2007. — С. 116 — 117.

16. Клинико-эпидемиологические особенности вирусных гепатитов у медицинских работников по данным Центра вирусных гепатитов Городской клинической инфекционной больницы № 1 г. Владивостока / С. А. Петухова, Г. М. Шкляр, М. В. Маковкина [и др.] // Материалы II Ежегодного

Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням Москва, 29–31 марта 2010 г. — М., 2010. — С. 241 — 242.

17. Королева Е. П. Риск возникновения профессиональных заболеваний у работников здравоохранения при контакте с инфицированными пациентами / Е. П. Королева, И. А. Храпунова // Материалы II Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням, Москва, 29–31 марта 2010 г. — М., 2010. — С. 154.

18. Косаговская И. И. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи / И. И. Косаговская, Е. В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 1. — С. 28 – 38.

19. Косарев В. В. Медицинские работники – группа риска по гемоконтактным инфекциям / В. В. Косарев // Здравоохранение. — 2011. — № 2. — С. 163 – 172.

20. Крамарев С. А. Универсальная массовая вакцинация детей раннего возраста – стратегия выбора в профилактике гепатита В / С. А. Крамарев // Здоровье ребенка. — 2010. — № 4 (25). — С. 24 – 27.

21. Малый В. П. Эпидемиологические аспекты заболеваемости вирусным гепатитом С медицинских работников г. Харькова / В. П. Малый, М. Л. Чуйков, Н. Г. Цукор // Гепатология. — 2011. — № 1. — С. 41–45.

22. Марієвський В. Ф. Епідеміологічна характеристика внутрішньолікарняних гепатитів В і С та стратегія їх профілактики в сучасних умовах: дис. доктора мед. наук : спец. 14.02.02. / Марієвський Віктор Федорович. — К., 2006. — 332 с.

23. Марієвський В. Ф. Епідеміологія гепатиту В у м. Києві: сучасний стан проблеми / В. Ф. Марієвський, О. М. Рубан // Профілактична медицина. — 2008. — № 4. — С. 6–12.

24. Маркович Н. И. Анализ аварийных ситуаций, возникших при оказании медицинской помощи пациентам в лечебно-профилактических учреждениях Пермской области / Н. И. Маркович, Н. Н. Красноперова, В. Л. Осташова // Мир вирусных гепатитов. — 2005. — № 7– 8. — С. 15.

25. Мельникова А. А. Совершенствование системы обеспечения эпидемиологической безопасности при проведении инъекций : дис. канд. мед. наук; спец. 14.00.30 – эпидемиология / Мельникова Альбина Андреевна. — М., 2008. — 126 с.
26. Михайлов М. И. Вирусы гепатитов / Михаил Иванович Михайлов // Медицинская вирусология. — 2007. — Т. XXIV. — С. 205–223.
27. Мониторинг постконтактной профилактики профессионального заражения ВИЧ в лечебных учреждениях / Р. С. Нарсия, Н. В. Козырина, З. К. Суворова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 6. — С. 26–31.
28. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2013 року / Н. М. Нізова, І. В. Кузін, В. А. Марциновська [та ін.]. — К., 2013. — 39 с.
29. Оценка эффективности вакцинации медицинских работников против гепатита В / В. Ф. Мариевский, В. Р. Шагинян, Т. А. Сергеева [и др.] // Профілактична медицина. — 2011. — № 2 (14). — С. 35–39.
30. Педаченко Е. Г. Вирусный гепатит и ВИЧ-инфекция как возможные профессиональные заболевания в нейрохирургии: реалии и пути предотвращения / Е. Г. Педаченко, А. А. Дядечко, А. С. Болух // Український нейрохірургічний журнал. — 2010. — № 2. — С. 27–30.
31. Потятинник О. Н. Половой путь передачи гепатитов В, С и ТТВ среди групп населения с рискованным сексуальным поведением: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук / О. Н. Потятинник. — М., 2005. — 29 с.
32. Поширення парентеральних гепатитів на Сумщині / Ж. В. Хотинська, М. Д. Чемич, І. О. Троцька [та ін.] // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів України 19–20 травня 2011 р., м. Суми: «Труднощі діагностики і терапії інфекційних хвороб». — Тернопіль : Укрмедкнига, 2011. — С. 70–71.

33. Проблема внутрибольничного инфицирования вирусами гепатитов В, С, ВИЧ и его профилактики в российских стоматологических учреждениях / С. В. Тарасенко, Л. Н. Максимовская, А. И. Шатохин, Б. И. Родивилов // Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений. VIII Научно- практическая конференция. Программа, тезисы докладов, каталог участников выставки. Москва, 7–8 апреля 2010 г. — С. 88–89.

34. Проблема заболеваемости гемоконтактными вирусными гепатитами среди медицинских работников / И. В. Шаповалова, И. А. Щукина, И. В. Наполова [и др.] // Вирусные гепатиты – эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика — Материалы VII Российской научно-практической конференции с международным участием, 29 – 31 мая 2007 г., Москва. — М., 2007. — С. 166–168.

35. Профилактика ВИЧ-инфекции и гепатита С. — http://ilive.com.ua/health/profilaktikavich-infektsii-i-gepatita-s_24318i160.html

36. Риск передачи ВИЧ и вируса гепатита С во время эндоскопических манипуляций / Т. А. Гренкова, Е. П. Селькова, В. А. Алешкин [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. — 2009. — № 1. — С. 24–30.

37. Рубан О. М. Епідеміологічні особливості розповсюдження вірусних гепатитів В і С серед хворих з патологією гепатобіліарної системи та інших органів травлення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Рубан О. М. — К., 2010. — 23 с.

38. Руководство по организации комплексной профилактической работы среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату. — РОО «СПИД инфосвязь», 2009. — 112 с.

39. Рычагов И. П. Теоретические и организационные основы управления эпидемическим процессом внутрибольничных инфекций в хирургии: дисс. докт. мед. наук / И. П. Рычагов. — Кемерово: ГОУ ВПО КемГМА, 2007. — 35 с.

40. Севальнев А. И. Эпидемиологические особенности парентеральных вирусных гепатитов в условиях крупного промышленного региона: дис. канд. мед. наук : спец. 14.02.02 / Севальнев Анатолий Иванович. — К., 2005. — 185 с.

41. Селькова Е. П. Оценка состояния эндоскопической службы и внедрения в практику ЛПУ РФ Санитарных правил СП 3.1.1275 – 03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях / Е. П. Селькова, Т. А. Гренкова, А. И. Чижов // Вакцинация и инфекц. болезни. — 2007. — Т. 4. — С. 27–30.

42. Сергеева Т. А. Характеристика епідемічного процесу гепатитів В і С в Україні в сучасних умовах і система епідеміологічного нагляду: дис. доктора мед. наук : 14.02.02 / Сергеева Тетяна Анатоліївна. — К., 2008. — 331 с.

43. Сисин Е. И. Оптимизация подходов к профилактике профессионально обусловленных гемоконтактных инфекций у медицинских работников : дис. канд. мед. наук; спец. 14.00.30 / Сисин Евгений Игоревич. — Пермь, 2009. — 139 с.

44. Сучасні особливості епідемічного процесу парентеральних вірусних гепатитів у Києві та основні напрямки профілактичних заходів / В. Ф. Марієвський, А. Л. Гураль, В. Р. Шагінян [та ін.] // Профілактична медицина. — 2009. — № 3. — С. 7–16.

45. Сюткин В. Е. Противовирусная терапия хронического гепатита С: вчера, сегодня, завтра, послезавтра / В. Е. Сюткин // Инфекционные болезни. — 2013. — Т.11, №1. — С. 61 – 70.

46. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям. Вірусний гепатит С / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2 квітня 2014 р. № 233. — <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>.

47. Фабио Марра. Оценка прогрессирования фиброза у пациентов с гепатитом С / Фабио Марра // Белые ночи гепатологии. — М.: Elsevier, 2010. — 44 с. — <http://health.elsevier.ru/attachments/wnh/pdf-rus-1-1/1.1.2.pdf>.

48. Характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине / Гураль А. Л., Мариевский В. Ф., Сергеева Т. А. [и др.] // Профілактична медицина. — 2011. — № 1 (13). — С. 9–18.

49. Хиль М. Ю. Частота выявления скрытой ВГВ-инфекции среди больных, находящихся на заместительной почечной терапии / М. Ю. Хиль, Т. А. Сергеева, В. Ю. Хиль // Матеріали конференції «Теоретичні засади оптимізації системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні та світі на сучасному етапі», Київ, 13–14 жовтня 2011 р. — К., 2011. — С. 46–47.

50. Цогоева Л. М. Профилактика вирусных гепатитов / Л. М. Цогоева, Ю. П. Снопко, Е. В. Лаврова // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 9 (364). — С. 14–15.

51. Шагінян В. Р. Роль перинатального шляху передачі у розповсюдженні гепатитів В і С в Україні та удосконалення системи епідеміологічного нагляду: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук / Шагінян В. Р. — К., 2007. — 34 с.

52. Шандала М. Г. Дезинфектологические проблемы медицинской эндоскопии / М. Г. Шандала // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2005. — № 6. — С. 8–13.

53. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-петербургского университета. — 2009. — Сер. 11, Вып. 3. — С. 57–71.

54. Ярошенко Е. Б. Роль вирусных гепатитов в развитии гепатоцеллюлярной карциномы / Е. Б. Ярошенко, Э. З. Бурневич, Я. Г. Мойсюк // Практическая онкология. — 2008. — Т. 9, № 4. — С. 189 – 193.

55. A Case-Control Study of Risk Factors for Hepatitis C Infection in Patients with Unexplained Routes of Infection / Karmochkine M., Carrat F., Dos Santos O. [et al.] // J. Viral. Hepat. — 2006. — V. 13 (11). — P. 775–782.

56. A European multicentre study on the comparison of HBV viral loads between VERIS HBV assay and Roche COBAS® TAQMAN® HBV test, Abbott

RealTime HBV assay, Siemens VERSANT HBV assay, and Qiagen artus HBV RG kit / P. Braun, R.Delgado, M. Drago, D.Fanti, H.Fleury, J.Izopet, A.Lombardi, M.Marcos, K. Sauné, S. O'Shea, A. Pérez-Rivilla, J. Ramble, P. Trimoulet, J.Vila, D.Whittaker, A. Artus, D. Rhodes // *J Clin Virol.*— 2017. — Vol.95. — P. 76 – 83.

57. A fast and low-cost genotyping method for hepatitis B virus based on pattern recognition in point-of-care settings / X. Qiu, L.Song, S.Yang, M. Guo, Q.Yuan, S. Ge, X.Min, N.Xia // *Sci Rep.*— 2016. — Vol. 16(6). — P. 28274.

58. A novel real-time PCR assay for determination of viral loads in person infected with hepatitis B virus / G. Li, W. Guo, S. Zhaod, S. Chena, I. Liu // *Virol. Meth.* — 2010. — Vol. 165. — P. 9 – 14.

59. Accidental exposures to blood and body fluid in the operation room and the issue of underreporting / M. Nagao, Y. Iinuma, J. Igawa [et al.] // *Am. J. Infect. Control.* — 2009. — V. 37 (7). — P. 541–544.

60. Acute hepatitis C in persons infected with the human immunodeficiency virys (HIV): the “real-life setting” proves the concept / M.Obermeier, P. Ingiliz, L. Weitner, C. Cordes, A. Moll, B. Hintsche, F.Schlote, S.Koeppel, S.Christensen, C.Mayr, A.Baumgarten // *Clin Infect Dis.* — 2016. — Vol. 62(9). — P. 1059 – 1065.

61. Adams S. Needlestick injuries during surgical procedures: a multidisciplinary online study / S. Adams, S. G. Stojkovic, S. H. Leveson // *Occup. Med. (Lond.).* — 2010. — Vol. 60 (2). — P. 139–144.

62. Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital / A. Martins, A. C. Coelho, M. Vieira [et al.] // *Accid. Anal. Prev.* — 2012. — Vol. 47. — P. 11–15.

63. Ahn Y. S. Occupational infectious diseases among Korean health care workers compensated with Industrial Accident Compensation Insurance from 1998 to 2004 / Y. S. Ahn, H. S. Lim // *Ind. Health.* — 2008. — Vol. 46 (5). — P. 448–454.

64. Alashek W. A. Hepatitis B and C infection in haemodialysis patients in Libya: prevalence, incidence and risk factors / W. A. Alashek, C. W. McIntyre, M. W. Taal // *BMC Infectious Diseases.* — 2012. — Vol. 12. — P. 265.

65. An estimation of the occupational risk of HBV, HCV and HIV infection among Indonesian health-care workers / Dwi Agustian, Sri Yusnita, Herman Susanto [et al.] // *Acta medica Indonesiana*. — 2009. — Vol. 41 (Suppl. 1). — P. 33–37.
66. Anesthetist to patient transmission of hepatitis C virus associated with non exposureprone procedures / J. Mawdsley, C. G. Teo, M. Kyi [et al.] // *J. Med. Virol.* — 2005. — Vol. 75. — P. 399–401.
67. Antiviral regimen complexity index as an independent predictor of sustained virologic response in patients with chronic hepatitis C / R.J. Galan, E. C. Cidoncha, M. F. Martin, C. C. Rodriguez, C. V. Almeida, R. M. Verdugo // *MMWR Recomm Rep*. — 2012. — Vol. 61. — P. 1 – 32.
68. Argentini C. HCV genetic variability: from quasispecies evolution to genotype classification / C. Argentini, D. Genovese, S. Dettori, M. Rapisetta // *Future Microbiol.* — 2009. — Vol. 4 (3). — P. 359 – 373.
69. Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus statements on the diagnosis, management and treatment of hepatitis C virus infection / Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) Hepatitis C Working Party, G. W. McCaughan, M. Omata, D. Amarapurkar [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2007. — Vol. 22 (5). — P. 615–633.
70. Association of opioid agonist therapy with lower incidence of hepatitis C virus infection in young adult injection drug users / J.I. Tsui, J.L.Evans, P.J.Lum, J.A.Hahn, K.Page // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2017.— Vol. 3. — P. 116 –144.
71. Association of tattooing and hepatitis C virus infection: A multicenter case-control study / K. Carney, S. Dhalla, A. Aytaman [et al.] // *Hepatology*. — 2013. — Vol. 57 (6). — P. 2117 – 2123.
72. Availability of hepatitis C diagnostics and therapeutics in European and Eurasia countries / H. Leblebicioglu, J.E. Arends, R. Ozaras, G. Corti, L. Santos, C. Boesecke, A. Ustianowski, A.S. Duberg, S. Ruta, N.N. Salkic, P. Husa, I. Lazarevic, J.A. Pineda, N.Y. Pshenichnaya, T. Tsertswadze, M. Maticic, E. Puca, G. Abuova, J. Gervain, R. Bayramli, S. Ahmeti, M. Koulentaki, B. Kilani, A. Vince, F. Negro, M. Sunbul, D. Salmon // *Front Med*. — 2017. — Vol. 11(4). — P. 502 – 508.

73. Awareness and risk factors associated with barbers in transmission of hepatitis B and C from Pakistani population: barber's role in viral transmission / Y.Waheed, U. Saeed, S.Z.Safi, W.N.Chaudhry, I.Qadri // Asian Biomed. — 2010. — Vol. 4(3). — P. 435 – 442.
74. Azadi A. Frequency and barriers of underreported needlestick injuries amongst Iranian nurses, a questionnaire survey / A. Azadi, M. Anoosheh, A. Delpisheh // J. Clin. Nurs. — 2011. — Vol. 20 (3–4). — P. 488–493.
75. Bahadori M. Occupational exposure to blood and body fluids / M. Bahadori, G. Sadigh // Int. J. Occup. Environ. Med. — 2010. — Vol. 1 (1). — P. 1–10.
76. Bereket-Yücel S. Risk of hepatitis B infections in Olympic wrestling / S. Bereket-Yücel // Br. J. Sports Med. — 2007. — Vol. 41 (5). — P. 306 – 310.
77. Blenkarn J. I. Sharps management and the disposal of clinical waste / J. I. Blenkarn // Br. J. Nurs. — 2009. — Vol. 18 (14). — P. 860, 862 – 864.
78. Blood-borne viruses in health care workers: prevention and management / S. DeufficBurban, E. Delarocque-Astagneau, D. Abiteboul [et al] // J. Clin. Virol. — 2011. — Vol. 52 (1). — P. 4–10.
79. Blunt needles for the reduction of needlestick injuries during cesarean delivery: a randomized controlled trial / S. Sullivan, B. Williamson, L. K. Wilson [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 114 (2 Pt 1). — P. 211–216.
80. Blunt versus sharp suture needles for preventing percutaneous exposure incidents in surgical staff / A. Parantainen, J. H. Verbeek, M. C. Lavoie, M. Pahwa // Cochrane Database Syst. Rev. — 2011. — Vol. 9 (11). — P. CD009170.
81. Bradshaw D. Sexually transmitted hepatitis C infection: the new epidemic in MSM? / D. Bradshaw, G. Matthews, M. Danta // Curr. Opin. Infect. Dis. — 2013. — Vol. 26 (1). — P. 66–72.
82. Bridging the epidemic: a comprehensive analysis of prevalence and correlates of HIV, hepatitis C, and syphilis, and infection among female sex workers in Guangxi Province, China / Y. Chen, Z. Shen, J. P. Morano, K. Khoshnood, Z. Wu, G. Lan, O. Zhu, Y. Zhou, S. Tang, W. Liu, J. Chen, Z. Tang // JAMA Intern Med. — 2014. — Vol. 174(12). — P. 1974 – 1980.

83. Brief intervention to increase emergency department uptake of combined rapid human immunodeficiency virus and hepatitis C screening among a drug misusing population / R.C. Merchant, J.R. Baird, T. Liu, L.E. Taylor, B.T. Montague, T.D. Nirenberg // *PloS One*. — 2015. — Vol. 10(9). — P. 137 – 208.

84. Carlson A. L. Health care workers as source of hepatitis B and C virus transmission / A. L. Carlson, T. M. Perl // *Clin. Liver Dis.* — 2010. — Vol. 14 (1). — P. 153–168.

85. Cervicovaginal shedding of hepatitis C viral RNA is associated with the presence of menstrual or other blood in cervicovaginal fluids / C. C. Wang, L. Cook, K. A. Tapia [et al.] // *J. Clin. Virol.* — 2011. — Vol. 50 (1). — P. 4–7.

86. Chisari F. V. Pathogenesis of hepatitis B virus infection / F. V. Chisari, M. Isogawa, S. F. Wieland // *Pathol. Biol. (Paris)*. — 2010. — Vol. 58 (4). — P. 258–266.

87. Chronic kidney disease after liver transplantation in human immunodeficiency virus/hepatitis C virus-coinfected recipients versus human immunodeficiency virus – infected recipients without hepatitis C virus: results from the National Institutes of Health multi-site study / R. Bahrwani, B. Barin, K. Olthoff, P. Stock, B. Murphy, K. Rajender Reddy // *MMWR Surveil Summ.* — 2008. — Vol. 57(7). — P. 1 – 188.

88. Circulaire interministérielle № DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / *Bull. Epidemiol. Hebd.* — 2008. — P. 1 – 12. – Электронный документ. — Режим доступа: http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-05/ste_200800050100_0079.pdf

89. Clarke S. P. Sharp-device injuries to hospital staff nurses in 4 countries / S. P. Clarke, M. Schubert, T. Körner // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 28 (4). — P. 473–438.

90. Common genotypes of hepatitis B virus prevalent in injecting drug abusers (addicts) of North West Frontier Province of Pakistan / M.M. Alam,

S.Z. Zaidi, S. Shaukat, S. Sharif, M. Angez, A. Naeem, S. Saleha, J.A. Butt, S.A. Malik // *Vir.J.* — 2007. — Vol. 4. — P. 63.

91. Comparison of 4 different types of surgical gloves used for preventing blood contact / A.Wittmann, N. Kralj, J. Köver [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2010. — Vol. 31 (5). — P. 498–502.

92. Comparison of the QIAGEN artus HBV QS-RGQ Assay With the Roche COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan HBV Assay for Quantifying Viral DNA in Sera of Chronic Hepatitis B Patients / M.S. Han, Y. Park, H. Nah, H.S. Kim // *Ann Lab Med.* — 2017. — Vol. 37(3). — P. 248 – 253.

93. Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study / A. A. Adjei, H. B. Armah, F. Gbagbo [et al.] // *BMC Infect. Dis.* — 2008. — Vol. 7. — P. 8–33.

94. Cost-effectiveness of community-based screening and treatment for chronic hepatitis B in The Gambia: an economic modelling analysis / S. Nayagam, L. Conteh, E. Sicuri, Y. Shimakawa, P. Suso, S. Tamba, R. Njie, H. Njai, M. Lemoine, T.B. Hallett, M. Thursz // *Lancet Glob Health.* — 2016. — Vol. 4(8). — P. 568 – 578.

95. Costs and cost-effectiveness of different follow-up schedules for detection of occupational hepatitis C virus infection / S. Deuffic-Burban, D. Abiteboul, F. Lot [et al.] // *Gut.* — 2009. — Vol. 58 (1). — P. 105 – 110.

96. Country-level Vulnerability Assessment for Rapid Dissemination of HIV or HCV Infections Among Persons Who Inject Drugs, United States / M.M. Van Handei, C.E. Rose, E.J. Hallisey, J.L. Kolling, J.E. Zibbell, B. Lewis, M.K. Bohm, C.M. Jones, B.E. Flanagan, A.E. Siddiqi, K. Iqbal, A.L. Dent, J.H. Mermin, E. McCray, J.W. Ward, J.T. Brooks // *J. Acquir Immune Defic Syndr.* — 2016. — Nov.1. — Vol. 73(3). — P. 323 – 331.

97. Cutter J. Inter-professional differences in compliance with standard precautions in operating theatres: a multi-site, mixed methods study / J. Cutter, S. Jordan // *Int. J. Nurs. Stud.* — 2012. — Vol. 49 (8). — P. 953–968.

98. Cutter J. Review of standard precautions and sharps management in the community / J. Cutter, J. Gammon // Br. J. Community Nurs. — 2007. — Vol. 12 (2). — P. 54 – 60.

99. Darius S. Occupational medicine aspects in general and abdominal surgery – risk of infection attributable to needlestick injuries (what the surgeon should know) / S. Darius, F. Meyer, I. Boeckelmann // Zentralblatt für Chirurgie. — 2013. — Vol. 138 (1). — P. 88 – 93.

100. Deep sequencing in the management of hepatitis virus infections / J. Quer, F. Rodríguez-Frias, J. Gregori, D. Tabernero, M.E. Soria, D. García-Cehic, M. Homs, A. Bosch, R.M. Pintó, J.I. Esteban, E. Domingo, C. Perales // Virus Res. — 2017. — Vol. 15. — P. 115 – 125.

101. Delta hepatitis: Toward improved diagnostics / S. Kamili, J. Drobeniuc, T. Mixson-Hayden, M. Kodani // Hepatology.— 2017. — Vol. 66(6). — P. 1716 – 1718.

102. Detection of hepatitis C virus (HCV) in body fluids from HCV monoinfected and HCV/HIV coinfecting patients / A. Farias, V. Re, S. Mengarelli [et al.] // Hepatogastroenterology. — 2010. — Vol. 57 (98). — P. 300 – 304.

103. Detection of hepatitis C virus RNA in saliva is not related to oral health status or viral load / L. Lins, H. Almeida, L. Vitvisk [et al.] // J. Med. Virol. — 2005. — Vol. 77 (2). — P. 216–220.

104. Development and Validation of a Template-Independent Next-Generation Sequencing Assay for Detecting Low-Level Resistance-Associated Variants of Hepatitis C Virus / B. Wei, J. Kang, M. Kibukawa, L. Chen, P. Qiu, F. Lahser, M. Marton, D. Levitan // J Mol Diagn. — 2016. — Vol. 18(5). — P. 643 – 656.

105. Dhillon S. DTPa-HBV-IPV/Hib Vaccine (Infanrix hexatm). A Review of its Use as Primary and Booster Vaccination / S. Dhillon // Drug. — 2010. — Vol. 70 (8). — P. 1021 – 1058.

106. Diagnosis of viral hepatitis / P.J. Easterbrook, T. Roberts, A. Sands, R. Peeling // Curr Opin HIV AIDS.— 2017. — Vol. 12(3). — P. 302 – 314.

107. Diagnostic Dilemmas in Hepatitis C Virus Infection for Hemodialysis Patients / R.T. Komitova, M.V. Atanasova, T.A. Pavlova, M.S. Nyagolov, A.V. Ivanova // *FoliaMed (Plovdiv)*. — 2017. — Vol. 59(1). — P. 70 – 77.

108. Diagnostic performance of serological assays for anti-HBs testing: Results from a quality assessment program / S. Raven, J. Hautvast, J.V. Steenbergen, R. Akkermans, C. Weykamp, F. Smits, C. Hoebe, A. Vossen // *J. Clin Virol.* — 2017. — Vol. 87. — P. 17 – 22.

109. Digestive endoscopy is not a major risk factor for transmitting hepatitis C virus / A. Ciancio, P. Manzini, F. Castagno [et al.] // *Ann. Intern. Med.* — 2005. — Vol. 142 (11). — P. 903–909.

110. Disparities in hepatitis C testing in U.S. veterans born 1945 – 1965 / S. Sarkar, D.A. Esserman, M. Skanderson, F.L. Levin, A.C. Justice, J.K. Lim // *Sex Transm Infect.* — 2014. — Vol. 90(3). — P. 230 – 236.

111. Dynamic control of needle-free jet injection / J. C. Stachowiak, T. H. Li, A. Arora [et al.] // *J. Control Release.* — 2009. — V. 135 (2). — P. 104 – 112.

112. Dzekova-Vidimliski P. Hepatitis C virus infection in maintenance hemodialysis patients: recommendations for diagnostics and treatment / P. Dzekova-Vidimliski, A. Sikole // *Int J Artif Organs.* — 2017. — Vol. 39(12). — P. 590 – 595.

113. Edeh J. Screening for HIV, HBV and HCV markers among drug users in treatment in rural south-east England / J. Edeh, P. Spalding // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* — 2016. — Vol. 65(3). — P.47 – 50.

114. Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – What will it take to get there? / J. Grebely, G.J. Dore, S. Morin, J.K. Rockstroh, M.B. Klein // *J Int AIDS Soc.* — 2017. — Vol. 20(1). — P. 22146.

115. Emergency department evaluations of non-percutaneous blood or body fluid exposures during cardiopulmonary resuscitation / R. C. Merchant, J. B. Katzen, K. H. Mayer, B. M. Becker // *Prehosp. Disaster. Med.* — 2007. — Vol. 22 (4). — P. 330–334.

116. Emerging epidemic of hepatitis C virus infections among young nonurban persons who inject drugs in the United States, 2006 – 2012 / A.G. Suryaprasad,

J.Z. White, F. Xa, B.A. Eichler, J. Hamilton, A. Patel, S.B. Hamdounia, D.R. Church, K. Barton, C. Fisher et al. // *Clin. Infect. Dis.* — 2014. — Nov. 15. — Vol. 59(10). — P. 1411 – 1429.

117. Epidemiological patterns and risk factors associated with hepatitis B virus in Pakistani population / Y. Waheed, T.B. Rahat, S.Z. Safi, I. Qadri // *Asian Biomedicine*.— 2010. — Vol. 4(4). — P. 547 –562.

118. Epidemiological survey of hepatitis C virus infection in a cohort of patients from a ser.T in Naples, Italy / F. Curcio, G. Villano, S. Masucci, M. Plenzik, C. Veneruso, G. DeRosa // *J. Manag Care Pharm.* — 2013. — Vol. 19(6). — P. 448 – 453.

119. Epidemiology of hepatitis B and hepatitis B virus infection in United States children / C. W. Shepard, L. Finelli, A. E. Fiore, B. P. Bell // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 2005. — Vol. 24. — P. 755–760.

120. European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus / V. Puro, G. De Carli, S. Cicalini [et al.] // *Eurosurveillance*. — 2005. — Vol. 10 (10). — P. 260–264.

121. Evaluation of the centers for disease control and prevention recommendations for hepatitis C virus testing in an urban emergency department / Y.H. Hsieh, R.E. Rothman, O.B. Laeyendecker, G.D. Kelen, A. Avornu, E.U. Patel, J. Kim, R. Irvin, D.L. Thomas, T.C. Quinn // *Clin Transplant*. — 2017. — Vol. 8. — P. 131 – 172.

122. Evaluation of the VIDAS Anti-HCV Assay for Detection of Hepatitis C Virus Infection / J. Hyun, D.H. Ko, H.J. Kang, D.H. Whang, Y.J. Cha, H.S. Kim // *Ann Lab Med*.— 2016. — Vol. 36(6). — P. 550 – 554.

123. Evidence of an Exponential Decay Pattern of the Hepatitis Delta Virus Evolution Rate and Fluctuations in Quasispecies Complexity in Long-Term Studies of Chronic Delta Infection / M. Homs, F. Rodriguez-Frias, J. Gregori, A. Ruiz, P. Reimundo, R. Casillas, D. Tabernero, C. Godoy, S. Barakat, J. Quer, M. Riveiro-Barciela, M. Roggendorf, R. Esteban, M. Buti // *PLoS One*.— 2016. — Vol. 11(6). — P. 1585 – 1597.

124. Falagas M. E. Percutaneous Exposure Incidents of the Health Care Personnel in a Newly Founded Tertiary Hospital: A Prospective Study / M. E. Falagas, I. Karydis, I. Kostogiannou // PLoS ONE. — 2007. — Vol. 2 (2). — P. e194.
125. Fatigue increases the risk of injury from sharp devices in medical trainees: results from a case-crossover study // D. N. Fisman, A. D. Harris, M. Rubin [et al.] // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. — 2007. — Vol. 28 (1). — P. 10–17.
126. FibroMeters: a family of blood tests for liver fibrosis / P. Calés, J. Boursier, F. Oberti [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. — 2008. — Vol. 32 (6 Suppl. 1). — P. 40–51.
127. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence / M. S. Dos Ramos Farías, M. N. Garcia, E. Reynaga [et al.] // Int. J. Infect. Dis. — 2011. — Vol. 15 (9). — P. e635–e640.
128. Fisher W. D. Hepatitis C and the surgeon / William D. Fisher // Can. J. Surg. — 2013. — Vol. 56 (2). — P. 80–81.
129. Gailiene G. Professional biological risk factors of health care workers / G. Gailiene, R. Cenenkiene // Medicina (Kaunas). — 2009. — Vol. 45 (7). — P. 530–536.
130. Garcia L. P. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care / L. P. Garcia, L. A. Facchini // Occup. Med. (Lond.). — 2009. — Vol. 59 (2). — P. 107–113.
131. Geographic Disparities in Access to Syringe Services Programs Among Young Persons With Hepatitis C Virus Infection in the United States / L. Canary, S. Hariri, C. Campbell, R. Young, J. Whitcomb, H. Kaufman, C. Vellozzi // Clin Infect Dis.— 2017. — Vol. 65(3). — P. 514 – 517.
132. Glenngard A. H. Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe // A. H. Glenngard, U. Persson // Scand. J. Infect. Dis. — 2009. — Vol. 41 (4). — P. 296–302.

133. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence / K. M. Hanafiah, J. Groeger, A. D. Flaxman, S. T. Wiersma // *Hepatology*. — 2013. — Vol. 57 (4). — P. 1333–1342.
134. Green B. Psychiatric consequences of needlestick injury / B. Green, E. C. Griffiths // *Occup. Med. (Lond.)*. — 2013. — Vol. 63 (3). — P. 183–188.
135. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings / J. Siegel, E. Rhinehart, M. Jackson, L. Chiarello; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee // Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, 2007. — Электронный ресурс. — Режим доступа: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation_2007.pdf.
136. HBsAg and anti-HCV screening in elderly hospitalized patients of a German tertiary referral centre / J. Kant, J. Kratzsch, M. Maier, U.G. Liebert, T. Berg, J. Wiegand // *Z Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 54(3). — P. 231 – 237.
137. HBV and HCV infection in Japanese dental care workers / Y. Nagao, H. Matsuoka, T. Kawaguchi [et al.] // *Int. J. Mol. Med.* — 2008. — Vol. 21 (6). — P. 791–799.
138. HCV Ag quantification as a one-step procedure in diagnosing chronic hepatitis C infection in Cameroon: the ANRS 12336 study / L. Duchesne, R. Njouom, F. Lissack, G.F. Tamko-Mella, S. Rallier, L. Poiteau, A. Soulier, S. Chevaliez, G. Vernet, N. Rouveau, J.M. Pawlotsky, P.M. Girard, K. Lacombe // *J Int AIDS Soc.* — 2017. — Vol. 20(1). — P. 21446.
139. HCV co-infection and markers of liver injury and fibrosis among HIV-positive childbearing women in Ukraine: results from a cohort study / H. Bailey, N. Nizova, V. Martsynovska, A. Volokha, R. Malyuta, M. Cortina-Borja, C. Thome // *J. Subst Abuse Treat.* — 2016. — Vol. 66. — P. 54 – 59.
140. HCV deep-sequencing for sub-genotypes identification of mixed infections: a real life experience / J.A. Del Campo, M. Parra-Sánchez, B. Figueruela, S. García-Rey, J. Quer, J. Gregori, S. Bernal, L. Grande, J.C. Palomares, M. Romero-Gómez // *Int J Infect Dis.* — 2017. — Vol. 17. — P. 30328 – 30334.

141. HCV infection: pathogenesis, clinical manifestations and therapy / Antonelli A., Ferri C., Galeazzi M. [et al.] // Clin. Exp. Rheumatol. — 2008. — Vol. 26 (1 Suppl 48). — P. S39–S47.
142. Hepatitis B virus in Pakistan: a systematic review of prevalence, risk factors, awareness status and genotypes / M. Ali, M.Idrees, I.Ali, A.Hussain, I.Rehman, S.Saleem, S.Afzal, S.Butt // Virology Journal. — 2011. — Vol. 8. — P. 102.
143. Hepatitis B virus DNA in saliva from children with chronic hepatitis B infection: implications for saliva as a potential mode of horizontal transmission. / Heiberg I. L., Hoegh M., Ladelund S. [et al.] // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2010. — Vol. 29 (5). — P. 465–467.
144. Hepatitis B virus infection in the dialysis population: current perspectives / Fabrizi F., Marzano A., Messa P. [et al.] // Int. J. Artif. Organs. — 2008. — Vol. 31 (5). — P. 386–394.
145. Hepatitis B virus, hepatitis C virus and other blood-borne infections in healthcare workers: guidelines for prevention and management in industrialized countries / FitzSimons D., Francois G., De Carli G. [et al.] // Occup. Environ. Med. — 2008. — Vol. 65. — P. 446–451.
146. Hepatitis C among former athletes: association with the use of injectable stimulants in the past / Passos A. D., Figueiredo J. F., Martinelli Ade L. [et al.] // Mem. Inst. Oswaldo. Cruz. — 2008. — Vol. 103 (8). — P. 809–812.
147. Hepatitis C screening in genitourinary clinic attendees / Kerr R. S., Fernando I., Templeton K., Flynn B. // Int. J. STD AIDS. — 2009. — Vol. 20 (11). — P. 808.
148. Hepatitis C virus genotyping of organ donor samples to aid in transplantation of HCV-positive organs / C.Gentile, V.M.Van Deerlin, D.S.Goldberg, P.P.Reese, R.D.Hasz, P.Abt, E.Blumberg, M.S.Farooqi // Antiviral Res. — 2017. — Vol. 5. — P. 9 – 14.

149. Hepatitis C virus in Pakistan: a systematic review of prevalence, genotypes and risk factors / Y. Waheed, T. Shafi, S.Z.Safi, I.Qadri // *World J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 15 (45). — P. 5647 – 5653.
150. Hepatitis C virus infection among HIV-positive men who have sex with men: protocol for a systematic review and meta-analysis / H. Hagan, J. Neurer, A.E.Jordan, D.C.Des Jartais, J.Wa, K.Dombrowski, B.Khan, R.S.Braithwaite, J.Kessler // *JMIR Public Health Surveil.* — 2016. — Vol. 2(1). — P.22.
151. Hepatitis C virus infection among women giving birth – Tennessee and United States, 2009 – 2014 / S.W. Patric, A.M.Bauer, M.D.Warren, T.F.Jones, C.Wester // *J. Int.AIDS Soc.* — 2015. — Vol. 18. — P. 198 – 288.
152. Hepatitis C virus infection and pain sensitivity in patients on methadone or buprenorphine maintenance therapy for opioid use disorders / J.I.Tsui, M.C. Lira, D.M. Cheng, M.R.Winter, D.P.Alford, J.M.Liebschutz, R.R.Edwards, J.H. Samet // *PLoS One.* — 2015. — Vol. 10(2). — P. 115 – 311.
153. Hepatitis C virus infection in Scotland: epidemiological review and public health challenges / Hutchinson S. J., Roy K. M., Wadd S. [et al.] // *Scott. Med. J.* — 2006. — Vol. 51. — P. 8–15.
154. Hepatitis C virus testing and treatment among persons receiving buprenorphine in an office-based program for opioid use disorders / K.J.Carev, W.Huang, B.P.Linas, J.I.Tsui // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2017. — Vol. 9. — P. 12 – 21.
155. Hepatitis C point-of-care diagnostics: in search of a single visit diagnosis / J. Grebely, T.L.Applegate, P. Cunningham, J.J.Feld // *Expert Rev Mol Diagn.* — 2017. — Vol. 17(12). — P. 1109 – 1115.
156. Hepatitis D, B and C virus (HDV/HBV/HCV) coinfection as a diagnostic problem and therapeutic challenge / B. Loren, K.Sikorska, P.Stalke, K.Bielawski, D.Ziętkowski // *Clin Exp Hepatol.* — 2017. — Vol. 3(1). — P. 23 – 27.
157. Hepatitis E Seroprevalence in Europe: A Meta-Analysis / J. Hartl, B.Otto, R.G.Madden, G.Webb, K.L.Woolson, L.Kriston, E.Vettorazzi, A.W.Lohse, H.R. Dalton, S. Pischke // *Viruses.* — 2016. — Vol. 8(8). — P. 211.

158. Hepatitis E Virus (HEV) Infection in Ireland / C. Hickey, D.Spillane, J.Benson, J.Levis, L.J.Fanning, B.Cryan, M.B.Prentice // *Ir Med J.* — 2016. — Vol. 109(8). — P. 451.
159. High levels of hepatitis B virus DNA in body fluids from chronic carriers / idd-Ljunggren K., Holmberg A., Blackberg J., Lindqvist B. // *J. Hosp. Infect.* — 2006. — Vol. 64 (4). — P. 352–357.
160. High prevalence of HIV infection among injection drug users (IDUs) in Hyderabad and Sukkur, Pakistan / A.Altaf, N.Saleem, S.Abbas, R.Muzaffar // *J. Pak.Med.Assoc.* — 2009. — Vol. 59. — P. 136 – 140.
161. High risk for occupational exposure to HIV and utilization of post-exposure prophylaxis in a teaching hospital in Pune, India / A. Gupta, S. Anand, J. Sastry [et al.] // *BMC Infect. Dis.* — 2008. — Vol. 8. — P. 142.
162. Horizontal transmission of hepatitis B virus in children with chronic hepatitis B / Doganci T., Uysal G., Kir T. [et al.] // *World. J. Gastroenterol.* — 2005. — Vol. 11 (3). — P. 418–420.
163. Horvat R. T. Diagnostic and Clinical Relevance of HBV Mutations / R. T. Horvat // *Lab. Medicine.* — 2011. — Vol. 42. — P. 488–496.
164. Human immunodeficiency virus and hepatitis testing and prevalence among surgical patients in an urban university hospital / Weiss E. S., Cornwell E. E. III, Wang T. [et al.] // *Am. J. Surg.* — 2007. — Vol. 193 (1). — P. 55–60.
165. Hwang E. W. Global Epidemiology of Hepatitis B Virus (HBV) Infection / E. W. Hwang, R. Cheung / *NAJ Med. Sci.* — 2011. — Vol. 4 (1). — P. 7–13.
166. Incidence, risk factors, and prevention of hepatitis C reinfection: a population-based cohort study / N. Islam, M. Kraiden, J. Shoveller, P. Gustafson, M.Gilbert, J.A.Buxton, J.Wong, M.W.Tvndal, N.Z.Janjua // *Drug Alcohol Depend.* — 2015. — Vol. 153. — P. 286 – 292.
167. Increases in acute Hepatitis B virus infections – Kentucky, Tennessee, and West Virginia, 2006 – 2013 / A.M.Harris, K.Iqbal, S.Schillie, J.Britton, M.A.Kainer, S.Tressler, C.Vellozzi // *MMWR Surveil Summ.* — 2015. — Vol. 64(9). — P. 1 – 14.

168. Increases in hepatitis C virus infection related to injection drug use among persons aged ≤ 30 years – Kentucky, Tennessee, Virginia, and West Virginia, 2006 – 2012 / J.E. Zibbell, K. Iqbal, R.C.Patel, A.Survaprasad, K.J.Sanders, L. Moore-Moravian, J. Serrecchia, S.Blankenship, J.W.Ward, D.Holtzman // *J. Addict Med.* — 2011. — Vol. 5(1). — P. 43 – 49.
169. Indolfi G. Perinatal transmission of hepatitis C virus infection / G. Indolfi, M. Resti // *J. Med. Virol.* — 2009. — Vol. 81 (5). — P. 836–843.
170. Infected physicians and invasive procedures: safe practice management / Reitsma A. M., Cloesen M. L., Cunningham M. [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* — 2010. — Vol. 40 (11). — P. 1665– 1672.
171. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening / Hahne S. J. M., Veldhuijzen I. K., Wiessing L. [et al.] // *BMC Infectious Diseases* 2013, 13:181.
172. Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature / Kamili S., Krawczynski K., McCaustland K. [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 28 (5). — P. 519–524.
173. Injuries from needles contaminated with hepatitis C virus: how high is the risk of seroconversion for medical personnel really? / Kubitschke A., Bader C., Tillmann H. L. [et al.] // *Internist (Berl).* — 2007. — Vol. 48 (10). — P. 1165–1172.
174. Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach / G.S.Birkhead, S.J. Klein, A.R.Candelas, D.A.O'Connell, J.R.Rothman, I.S.Feldman, D.S.Tsui, R.A.Cotroneo, C.A.Flanigan // *MMWR Morb Mortal Wkiv Rep.* — 2016. — Vol. 64(50-51). — P. 1386 – 1387.
175. Is healthcare personnel the only professional group exposed to the risk of occupational HBV, HCV or HIV infections? / P. Krawczyk, J. Białkowska, D. Dworniak [et al.] // *Med. Pr.* — 2010. — Vol. 61 (1). — P. 15–22.
176. Jagger J. Caring for healthcare workers: a global perspective / J. Jagger // *Infect Control Hosp Epidemiol.* — 2007. — Vol. 28 (1). — P. 1–4.

177. Jia-Horng Kao. Diagnosis of Hepatitis B Virus Infection Through Serological and Virological Markers / Jia-Horng Kao // Expert Rev Gastroenterol Hepatol. — 2008. — Vol. 2 (4). — P. 553–562.

178. Jülicher P. Identifying cost-effective screening algorithms for active hepatitis C virus infections in a high prevalence setting / P. Jülicher, C. Galli // J Med Econ. — 2017. — Vol. 7. — P. 1 – 10.

179. Kinetics of hepatitis C viral RNA and HCV-antigen during dialysis sessions: Evidence for differential viral load reduction on dialysis / Kaiser T., Damerow H. C., Tenckhoff S. [et al.] // J. Med Virol. — 2008. — Vol. 80 (7). — P. 1195–1201.

180. Landovitz R. J. Clinical practice. Postexposure prophylaxis for HIV infection / R. J. Landovitz, J. S. Currier / N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 361 (18). — P. 1768–1775.

181. Larney S. An exploratory study of needlestick injuries among Australian prison officers / S. Larney, K. Dolan // Int. J. Prisoner Health. — 2008. — Vol. 4 (3). — P. 164–168.

182. Lee R. Occupational transmission of bloodborne diseases to healthcare workers in developing countries: meeting the challenges / R. Lee // J. Hosp. Infect. — 2009. — Vol. 72 (4). — P. 285–291.

183. Liaw Y. F. Hepatitis B virus infection / Y. F. Liaw, C. M. Chu // Lancet. — 2009. — Vol. 373. — P. 582–592.

184. Liaw Y. F. The natural history of chronic HBV infection and geographical differences / Y. F. Liaw, M. R. Brunetto, S. Hadziyannis // Antivir. Ther. — 2010. — Vol. 15 (Suppl 3). — P. 25–33.

185. Lin S. Y. Why we should routinely screen Asian American adults for hepatitis B: a crosssectional study of Asians in California / S. Y. Lin, E. T. Chang, S. K. So // Hepatology. — 2007. — Vol. 46 (4). — P. 1034–1040.

186. Liver-related morbidity and mortality in patients with chronic hepatitis C and cirrhosis with and without sustained virologic response / S. Hallager, S. Ladelund, P. B. Christensen, M. Kjær, B. Thorup Roegge, K. E. Grønbaek, E. Belard, T. S.

Barfod, L.G. Madsen, J. Gerstoft, B. Tarp, H.B. Krarup, N. Weis // Clin Epidemiol.— 2017. — Vol.9. — P. 501 – 516.

187. Logomasini M. A. Jet injection devices for the needle-free administration of compounds, vaccines, and other agents / M. A. Logomasini, R. R. Stout, R. Marcinkoski // Int. J. Pharm. Compd. — 2013. — Vol. 17 (4). — P. 270–280.

188. Maasoumy B. Diagnostics in hepatitis C: The end of response-guided therapy? / B. Maasoumy, J. Vermehren // J Hepatol.— 2016. — Vol. 65(1 Suppl). — P. S67 – S81.

189. Management of blood and body fluid exposures in police service staff / K. Dunleavy, A. Taylor, J. Gow1 [et al.] // Occup. Med. — 2010. — Vol. 60 (7). — P. 540–545.

190. Management of hepatitis B: summary of a clinical research workshop / Hoofnagle J. H., Doo E., Liang T.J. [et al.] // Hepatology. — 2007. — Vol. 45. —P. 1056–1075.

191. Management of hepatitis C in decentralized versus centralized drug substitution programmes and minimally invasive point-of-care tests to close gaps in the HCV cascade / A.Bregenzer, A.Conen, J.Knuchel, A.Friedl, F. Eigenmann, M. Naf, P.Ackle, M.Roth, C.A.Fux // Acad Emerg Med. — 2014. — Vol. 21(7). — P. 752 – 767.

192. Marcellin P. Hepatitis B and Hepatitis C in 2009 / P. Marcellin // Liver Int. — 2009. — Vol. 29 (1). —P. 1–8.

193. Mariano A. Nosocomial transmission of HBV and HCV / A. Mariano // Hot Topics an Acute Viral Hepatitis. Abstract book; Ed. A. Mele, S. Crateri, G. Iantosca, L. Sampaolo, E. Spada, A. Mariano. — Rome, 2006. — P. 3.

194. Mateen F. J. Needlestick injuries among electromyographers / F. J. Mateen, I. A. Grant, E. J. Sorenson // Muscle Nerve. — 2008. — Vol. 38 (6). —P. 1541–1545.

195. Medically assisted procreation and transmission of hepatitis C virus: absence of HCV RNA in purified sperm fraction in HIV co-infected patients / Halfon P., Giorgetti C., Bourliere M. [et al.] // AIDS. — 2006. — Vol. 20 (2). — P. 241–246.

196. Minimizing nurses' risks for needlestick injuries in the hospital setting / Rohde K. A., Dupler A. E., Postma J., Sanders A. // *Workplace health & safety*. — 2013. — Vol. 61 (5). — P. 197–202.

197. Model-based estimates of the risk of HCV transmission from infected patients to gynaecologic and obstetric staff / Gańczak M., Szczeniowski A., Jurewicz A. [et al.] // *Przegl. Epidemiol.* — 2012. — Vol. 66 (3). — P. 437–443.

198. Molecular analysis of transmission of hepatitis C virus in a nurse who acquired acute hepatitis C after caring for a viremic patient with epistaxis / Toda T., Mitsui T., Tsukamoto Y. [et al.] // *J. Med. Virol.* — 2009. — Vol. 81 (8). — P. 1363–1370.

199. Mornar S. J. Blunt suture needle use in laceration and episiotomy repair at vaginal delivery / S. J. Mornar, J. H. Perlow // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — Vol. 198 (5). — P. e14–e15.

200. Mortality and causes of death in patients with hemophilia, 1992–2001: A prospective cohort study / Plug I., Van Der Bom J. G., Peters M. [et al.] // *J. Thromb. Haemost.* — 2006. — Vol. 4 (3). — P. 510–516.

201. Mortality Rates in Patients With Chronic Hepatitis C and Cirrhosis Compared With the General Population: A Danish Cohort Study / S. Hallager, P. Brehm Christensen, S.Ladelund, M.Rye Clausen, A. Lund Laursen, A.Møller, P.Schlichting, L.Galmstrup Madsen, J.Gerstoft, S.Lunding, K.Elmegaard Grønbæk, H.Bygum Krarup, N.Weis // *J Infect Dis.* — 2017. — Vol. 215(2). — P. 192 – 201.

202. Murray J. M. The half-life of hepatitis B virions / J. M. Murray, R. H. Purcell, S. F. Wieland // *Hepatology*. — 2006. — Vol. 44 (5). — P. 1117 – 1121.

203. Naghavi S. H. R. Post-traumatic stress disorder in trainee doctors with previous needlestick injuries / S. H. R. Naghavi, O. Shabestari, J. Alcolado // *Occup. Med. (Lond.)*. — 2013. — Vol. 63 (4). — P. 260–265.

204. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs / L.Platt, S. Minozzi, J Reed, P. Vickerman, H. Hagan, C.Frech, A.Jordan, L.Degenhardt, V.Hope,

S.Hutchinson, L.Maher, N. Palmateer, A.Taylor, J.Bruneau, M.Hickman // *Ann Intern Med.* — 2015. — Vol. 163(4). — P. 254 – 261.

205. Needle-free delivery of macromolecules across the skin by nanoliter-volume pulsed microjets / Arora A., Hakim I., Baxter J. [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* — 2007. — Vol. 104 (11). — P. 4255–4260.

206. Needlestick and other potential blood and body fluid exposures among health care workers in British Columbia, Canada / Alamgir H., Cvitkovich Y., Astrakianakis G. [et al.] // *Am. J. Infect. Control.* — 2008. — Vol. 36 (1). — P. 12–21.

207. Needlestick injuries in European nurses in diabetes / Costigliola V., Frid A., Letondeur C. [et al.] // *Diabetes Metab.* — 2012. — Vol. 38 (Suppl 1). — P. S9–S14.

208. Nosocomial transmission of hepatitis B virus associated with endomyocardial biopsy / Rosenheim M., Cadranel J. F., Stuyver L. [et al.] // *Gastroenterol. Clin. Biol.* — 2006. — Vol. 30 (11). — P. 1274–1280.

209. Notes from the field: hepatitis C outbreak in a Dialysis Clinic – Tennessee, 2014 / D. Muleta, M.A.Kainer, L. Moore-Moravian, A.Wiese, J. Ward, S. McMaster, D. Nguyen, J.C.Forbi, T. Mixson-Havden, M. Collier // *Ann. Hepatol.* — 2008. — Vol. 7(2). — P. 152 – 156.

210. Occupational blood exposure among unlicensed home care workers and home care registered nurses: are they protected? / J. Lipscomb, R. Sokas, K. McPhaul [et al.] // *Am. J. Int. Med.* — 2009. — Vol. 52 (7). — P. 563–570.

211. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in a general hospital, China / Zhang M., Wang H., Miao J. [et al.] // *Am. J. Ind. Med.* — 2009. — Vol. 52 (2). — P. 89–98.

212. Occupational hazards to dental staff / Ayatollahi J., Ayatollahi F., Ardekani A. M. [et al.] // *Dent. Res. J. (Isfahan).* — 2012. — Vol. 9 (1). — P. 2–7.

213. Occupational hepatitis C seroconversions in a Brazilian hospital / Medeiros W. P., Setúbal S., Pinheiro P. Y. M. [et al.] // *Occup. Med. (Lond.).* — 2012. — Vol. 62 (8). — P. 655–657.

214. Occupational transmission of hepatitis C in healthcare workers and factors associated with seroconversion: UK surveillance data / Tomkins S. E., Elford J., Nichols T. [et al.] // *J. Viral. Hepat.* — 2012. — Vol. 19 (3). — P. 199–204.
215. Occupational transmission of hepatitis C virus resulting from use of the same supermarket meat slicer / Bocket L., Chevaliez S., Talbodec N. [et al.] // *Clin. Microbiol. Infect.* — 2011. — Vol. 17 (2). — P. 238–241.
216. Olaitan P. B. Sharp injuries among hospital waste handlers / Olaitan P. B., Odu O. O., Olaitan J. O. [et al.] // *Nig. Q. J. Hosp. Med.* — 2012. — Vol. 22 (2). — P. 134–137.
217. Patient-care practices associated with an increased prevalence of hepatitis C virus infection among chronic hemodialysis patients / Shimokura G., Chai F., Weber D. J. [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2011. — Vol. 32 (5). — P. 415–424.
218. Perceptions of orthopedic surgeons regarding hepatitis C viral transmission: a questionnaire survey / Wallis G. C., Kim W. Y., Chaudhary B. R. [et al.] // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2007. — Vol. 89 (3). — P. 276–280.
219. Performance of premarket rapid hepatitis C virus antibody assays in 4 national human immunodeficiency virus behavioral surveillance system sites / B.D. Smith, E. Teshale, A.Jawett, C.M.Weinbaum, A.Neaigus, H.Hagan, S.M.Jenness, S.K.Melville, R.Burt, H.Thiede, A. Al-Tayyib, P.R.Pannala, I.W.Miles, A.M.Oster, A. Smith, T. Finlayson, K.E.Bowles, E.A.Dinenno // *J.Med.Virol.* — 2012. — Vol. 84(1). — P. 1 – 5.
220. Perinatal transmission of hepatitis C virus in northern India / Sood A., Midha V., Bansal M. [et al.] // *Indian J. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 31 (1). — P. 27–29.
221. Pharmacological interventions for acute hepatitis C infection: an attempted network meta-analysis / M.Kalafateli, E.Buzzetti, D.Thorburn, B.R.Davidson, E.Tsochatzis, K.S.Gurusamy // *BMC Infect Dis.* — 2016. — Vol. 16(1). — P. 755.

222. Pokora A. Assessing the consistency of liver fibrosis results obtained through biopsy and transient elastography in patients suffering from chronic hepatitis C / A. Pokora, S. Kiciak, K.Tomasiewicz // Clin Exp Hepatol. — 2016. — Vol. 2(3). — P. 109 – 111.

223. Police and Blood-Borne Viruses / Australasian Society for HIV Medicine (ASHM), Published June 2011: www.ashm.org.au/publications.

224. Population-based study on the seroprevalence of hepatitis A, B, and C virus infection in Amsterdam, 2004 / Baaten G. G., Sonder G. J., Dukers N. H. [et al.] // J. Med. Virol. — 2007. — Vol. 79. — P. 1802–1810.

225. Potential use of serum HBV RNA in antiviral therapy for chronic hepatitis B in the era of nucleos(t)ide analogs / F.Lu, J.Wang, X.Chen, D.Xu, N.Xja // BMC Infect Dis. — 2017. — Vol. 17. — P. 699.

226. Presence of hepatitis C virus (HCV) RNA in the genital tracts of HCV/HIV-1-coinfected women / Nowicki M. J., Laskus T., Nikolopoulou G. [et al.] // J. Infect. Dis. — 2005. — Vol. 192 (9). — P. 1557–1565.

227. Prevalence and associated factors of hepatitis C infection (HCV) in a multi-site Canadian population of illicit opioid and other drug users (OPICAN) / M. Cruz Firestone, B. Fischer, J. Patra, K. Kalousek, B. Newton-Taylor, J. Rehm, M. Tyndall // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. — 2014. — Vol. 35(11). — P. 1212 – 1217.

228. Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study / A.Lepretre, K.Lacombe, M.Mavnart, A.Toufik, O.Ndiaye, C.T.Kane, J.Gozlan, J.Tine, I.Ndove, G.Raquin, P.M.Girard // Lancet Gastroenterol Hepatol. — 2017. — Vol. 2(3). — P. 200 – 210.

229. Prevalence and prevention of needlestick injuries among health care workers in a German university hospital / Wicker S., Jung J., Allwinn R. [et al.] // Int. Arch. Occup. Environ. Health. — 2008. — Vol. 81 (3). — P. 347–354.

230. Prevalence of blood-borne pathogens in an urban, university-based general surgical practice / Weiss E. S., Makary M. A., Wang T. [et al.] // *Ann. Surg.* — 2005. — Vol. 241 (5). — P. 803–809.

231. Prevalence of hepatitis B and C seropositivity in a Nigerian cohort of HIV-infected patients / J.A. Otegbayo, B.O.Taiwo, T.S.Akingbola, G.N.Odaibo, K.S.Adedapo, S.Penugonda, I.F.Adewole, D.O.Olaleve, R.Murphy, P.Kanki // *Clin Infect Dis.* — 2017. — Vol. 65(2). — P. 252 – 258.

232. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors / Meffre C., Le Strat Y., Delarocque-Astagneau E. [et al.] // *J. Med. Virol.* — 2010. — Vol. 82. — P. 546–555.

233. Prevalence of hepatitis B virus infection in children of HBsAg positive parents / Barut H. S., Günal Ö., Göral A., Etikan I. // *Mikrobiyol. Bul.* — 2011. — Vol. 45 (2). — P. 359–365.

234. Prevalence of hepatitis B virus infection in The Netherlands in 1996 and 2007 / Hahne S. J., de Melker H. E., Kretzschmar M. [et al.] // *Epidemiol. Infect. Dis.* — 2012. — Vol. 140. — P. 1469–1480.

235. Prevalence of HIV, hepatitis B and hepatitis C infection in thalassemia major patients in tertiary care hospital, Gujarat / Bhavsar H., Patel K., Vegad M. [et al.] // *NJIRM.* — 2011. — Vol. 2 (3). — P. 47–51.

236. Prevalence of HIV, syphilis, and HCV infection and associated risk factors among male clients of low-paying female sex workers in a rural country of Guangxi, China: a cross-sectional study / C.Zhang, X.Li, L.Zhang, Y.Zhou, Z.Shen, Z.Tang // *Swiss Med Wkly* — 2017. — Vol. 29. — P. 144 – 145.

237. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis C virus, and hepatitis B virus among homeless and nonhomeless United States veterans / A.J.Noska, P.S.Belperio, T.P.Loomis, T.P.O'Toole, L.I.Backus // *Eur J. Med Res.* — 2011. — Vol. 16(5). — P. 237 – 242.

238. Prophylaxis against hepatitis E: at risk populations and human vaccines / X.Wang, M.Li, S.Li, T.Wu, J.Zhang, N.Xia, Q.Zhao // *Expert Rev Vaccines*. — 2016. — Vol. 15(7). — P. 815 – 827.

239. Prüss-Ustün A. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers / A. Prüss-Ustün, E. Rapiti, Y. Hutin // *Am. J. Ind. Med.* — 2005. — Vol. 48 (6). — P. 482–490.

240. Psychosocial Factors at Work and Blood-Borne Exposure among Nurses / Mehrdad R., Atkins E. H., Sharifian S. A., Pouryaghoub G. // *Int. J. Occup. Environ. Med.* — 2014. — Vol. 5 (1). — P. 32–39.

241. Quantitative characterization of hepatitis delta virus genome edition by next-generation sequencing / S.Sopena, C.Godoy, D.Tabernero, M.Homs, J.Gregori, M.Riveiro-Barciela, A.Ruiz, R.Esteban, M.Buti, F.Rodríguez-Frías // *Virus Res.* — 2018. — Vol. 243(2). — P. 52 – 59.

242. Rantala M. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe – a review [Электронныйресурс] / M. Rantala, M. J. van de Laar // *Euro Surveill.* — 2008. — Vol. 13, № 21: pii=18880. – Режимдоступдожурн.: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18880>.

243. Rapid and quantitative detection of C-reactive protein based on quantum dots and immunofiltration assay / P.Zhang, Y.Bao, M.S.Draz, H.Lu, C.Liu, H.Han // *Int J Nanomedicine*. — 2015. — Vol. 10. — P. 6161 – 6173.

244. Rate of infection and related risk factors on hepatitis C virus in three counties of Jiangsu province / K.Xu, L.Zhu, F.Tang, C.Bao, Y.Zhu, M.Cao, G.Du, J. Xu, H.Peng, X.Zhai // *Arch Public Health*. — 2017. — Vol. 75. — P. 39.

245. Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965 / B.D. Smith, R.L.Morgan, G.A.Beckett, Y.Falck-Ylter, D.Holtzman, C.G.Teo, A.Jewett, B.Baack, D.B.Rein, N.Patel, M.Alter, A.Yartel, J.W.Ward // *AIDS*. — 2015. — Vol. 29(13). — P. 1700 – 1710.

246. Relationship of cosmetic procedures and drug use to hepatitis C and hepatitis B virus infections in a low-risk population / Hwang L. Y., Kramer J. R., Troisi C. [et al.] // *Hepatology*. — 2006. — Vol. 44 (2). — P. 341–351.

247. Report from European Association for the Study of the Liver: HCC Summit, Geneva, Switzerland, 2-5 February 2017 / R. Sacco, A.Mirabile, L.Giacomelli, G.Bresci, S.Attardo, G.Cabibbo // *Future Oncol.*— 2017. — Vol. 13(15). — P. 1297 – 1300.

248. Risk and predictors of hepatocellular carcinoma for chronic hepatitis B patients with newly developed cirrhosis / J. Chien, J Liu, M.H.Lee, C.L.Jen, R.Batrla-Utermann, S.N.Lu, L.Y.Wang, S.L.You, H.I.Yang, C.J.Chen // *J Gastroenterol Hepatol.*— 2016. — Vol. 31(12). — P. 1971 – 1977.

249. Risk of hepatitis B and C infections in Tehranian wrestlers / Kordi R., Neal K., Pourfathollah A. A. [et al.] // *J. Athl. Train.* — 2011. — Vol. 46 (4). P. 445–450.

250. Risk of infection in health care workers following occupational exposure to a noninfectious or unknown source / Kuruüzüm Z., Yapar N., Avkan-Oguz V. [et al.] // *Am. J. Infect. Control.* — 2008. — Vol. 36 (10). — P. 27–31.

251. Risk of sharp device-related blood and body fluid exposure in operating rooms / Myers D. J., Epling C., Dement J., Hunt D. // *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* — 2008. — Vol. 29 (12). — P. 1139–1148.

252. Role of safety-engineered devices in preventing needlestick injuries in 32 French hospitals / F. Lamontagne, D. Abiteboul, I. Lolom [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 28, № 1. — P. 18–23.

253. Scaling-up HCV prevention and treatment interventions in rural United States-model projections for tackling an increasing epidemic / H.Fraser, J.Zibbell, T.Hoerger, S.Hariri, C.Vellozzi, N.K.Martin, A.H.Kral, M.Hichman, J.W.Ward, P. Vickerman // *BMC Public Health*. — 2016. — Vol.16. — P. 666.

254. Schaefer S. Hepatitis B virus taxonomy and hepatitis B virus genotypes / S. Schaefer // *World J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 13(1). — P. 14–21.

255. Screening for hepatitis C as a prevention enhancement (SHAPE) for HIV: an integration pilot initiative in a Massachusetts Country correctional facility / N.Cocoros, E.Nettle, D.Chuch, L.Bourassa, V.Sherwin, K. Cranston, R.Carr, H.D.Fukuda, A.Jr.DeMana // *Can.J.Public Health*. — 2017. — Vol. 98(2). — P. 130 – 133.

256. Selected Noninvasive Markers in Diagnosing Liver Diseases / M.Gudowska, E. Gruszewska, A.Panasiuk, B.Cylwik, M.Świdarska, R.Flisiak, M. Szmitkowski, L. Chrostek // *Lab Med*. — 2016. — Vol. 47(1). — P. 67 – 72.

257. Self-reported hepatitis C virus antibody status and risk behaviour in young injectors. / Hagan H., Campbell J., Thiede H. [et al.] // *Public Health Rep*. — 2006. — Vol. 121 (6). — P. 710–719.

258. Seroprevalence and risk factors for hepatitis B virus infection among health care workers in a tertiary hospital in Uganda / Ziraba A. K., Bwogi J., Namale A. [et al.] // *BMC Infect. Dis*. — 2010;10:191. — Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/191>.

259. Seroprevalence of HCV and HIV infections by year of birth in Spain: impact of US CDC and USPSTF recommendations for HCV and HIV testing / A.Mena, L.Moldes, H.Meijide, A.Cantizares, A.Castro-Iglesias, M.Delgado, S.Pertega, J.Pedreira, G.Bou, E.Poveda // *Public Health Rep*. — 2014. — Vol. 129. — P. 5 – 11.

260. Seroprevalence of hepatitis B and hepatitis C in health care workers in Abbottabad / J. Sarwar, N.Gul, M.Idris, A.Rehman, J.Farid, M.Y. Adell // *J.Ayub Med Coll Abbottabad*. — 2008. — Vol. 20. — P. 2729.

261. Seroprevalence of Hepatitis C Infection among Laboratory Health Care Workers in Isfahan, Iran / Shoaie P., Lotfi N., Hassannejad R. [et al.] // *Int. J. Prev. Med*. — 2012. — Vol. 3 (Suppl. 1). — P. S146–S149.

262. Seroprevalence of HIV, syphilis, and hepatitis C virus in the general population on the Liangshan \prefecture, Sichuan Province, China / S. Dai, Z.Shen, Z. Zha, R.Leng, W. Qin, C. Wang, L.Chen, M.Tian, Z.Huang, G.Chen, H.Cen, L.Xue, J.Wang, Y.Lu, B.Cao, D.Ye // *J. Hepatol*. — 2016. — Vol. 65(2). — P. 259 – 265.

263. Seroprevalence, risk factors, and hepatitis C virus genotypes in groups with high-risk sexual behavior in Croatia / Cavlek T. V., Margan I. G., Lepej S. Z. [et al.] // J. Med. Virol. — 2009. — Vol. 81. — P. 1348–1353.

264. Serum hepatitis B core antibody as a biomarker of hepatic inflammation in chronic hepatitis B patients with normal alanine aminotransferase / J. Zhou, L. Song, H. Zhao, L. Yan, A. Ma, S. Xie, X. Zhang, D. Zhang, Q. Xie, G. Zhang, J. Shang, J. Cheng, W. Zhao, Z. Zou, M. Zhang, N. Xia, G. Wang // Sci Rep. — 2017. — Vol. 7(1). — P. 2747.

265. Shah S. M. Percutaneous injuries among dental professionals in Washington State / S. M. Shah, A. T. Merchant, J. A. Dosman // BMC Public Health. — 2006. — Vol. 6. — P. 269.

266. Sharps injuries among nurses in a Thai regional hospital: prevalence and risk factors // Honda M., Chompikul J., Rattanapan C. [et al.] // Int. J. Occup. Environ. Med. — 2011. — Vol. 2 (4). — P. 215–223.

267. Sharps injuries and bloodborne pathogen exposures in home health care / Chalupka S. M., Markkanen P., Galligan C., Quinn M. // AAOHN J. — 2008. — Vol. 56 (1). — P. 15–29.

268. Sharps injuries and other blood and body fluid exposures among home health care nurses and aides / Quinn M. M., Markkanen P. K., Galligan C. J. [et al.] // Am. J. Public Health. — 2009. — Vol. 99, Suppl 3. — P. S710–S717.

269. Sharps injury and body fluid exposure among health care workers in an Australian tertiary hospital / Peng Bi, Tully P. J., Boss K., Hiller J. E. // Asia Pac. J. Public Health. — 2008. — Vol. 20 (2). — P. 139–347.

270. SHEA Guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus / Henderson D. K., Dembry L., Fishman N. O. [et al.] // Infection control hospital epidemiol. — 2010. — Vol. 31 (3). — P. 203–232.

271. Sheikh S.M. Hepatitis B and C value of universal antenatal screening / S.M. Sheikh // J. Coll. Physicians. Surg. Pak. — 2009. — Vol. 19. — P. 179 – 182.

272. Shiferaw Y. Sharps injuries and exposure to blood and bloodstained body fluids involving medical waste handlers / Y. Shiferaw, T. Abebe, A. Mihret // *Waste Manag. Res.* — 2012. — Vol. 30 (12). — P. 1299–1305.

273. Shrestha S. K. Study of hepatitis B among different categories of health care workers / S. K. Shrestha, M. D. Bhattarai // *J. Coll. Physicians. Surg. Pak.* — 2006. — Vol. 16 (2). — P. 108–111.

274. Simple non-invasive markers for early diagnosis and determination of the severity of liver diseases / M.Gudowska, A.Wrona, E.Gruszewska, A.Panasiuk, B.Cylwik, M.Swidorska, R.Filisiak, M.Szmitkowski, L.Chrostek // *Clin Exp Hepatol.* — 2016. — Vol. 2(4). — P. 149 – 154.

275. Social determinants and risk behaviors associated with prevalent Hepatitis C and HIV/HCV co-infection among male injection drug users in Nepal / S.Kakchapati, M. Maharjan, B.B.Rawal, S.M.Dixit // *J. Public Med.* — 2010. — Vol. 22(4). — P. 530 – 539.

276. Spillover effects of HIV testing policies: changes in HIV testing guidelines and HCV testing practices in drug treatment programs in the United States / J.A.Frimpong, T.D'Aunno, S.Helleringer, L.R.Metsch // *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.* — 2017. — Vol. 66(18). — P. 470 – 473.

277. Stankovic A. Protection against needlestick injuries: active or passive safety? / A. Stankovic // *MLO Med .Lab. Obs.* — 2011. — Vol. 43 (9). — P. 40 – 51.

278. Strong association between tattoos and hepatitis C virus infection: A multicenter study of 3,871 patients / Dhalla S., Tenner C. T., Shukla N. B. [et. al.] // *Hepatology.* — 2007. — Vol. 46. — P. 297A.

279. Study of blood contact in simulated surgical needlestick injuries with single or double latex gloving / Wittmann A., Kralj N., Köver J. [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2009. — Vol. 30 (1). — P. 53–56.

280. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas – behavioral risk factor surveillance system (BRFSS), United States / G. Kilmer, H.Roberts, E. Hughes, Y. Li, B.Valluru, A.Fan, W.Giles, A. Mokdad, R.Jiles // *Int. J. Drug Policy.* — 2007. — Vol. 18(5). — P. 417 – 425.

281. Survey of needle-stick injuries in paediatric health personnel of 5 university hospitals in Tehran // Shiva F., Sanaei A., Shamshiri A. R. [et al.] // J. Pak. Med. Assoc. — 2011. — Vol. 61 (2). — P. 127–131.

282. Survey of programmatic experiences and challenges in delivery of hepatitis B and C testing in low- and middle-income countries / A.Ishizaki, J. Bouscaillou, N. Luhmann, S. Liu, R. Chua, N. Walsh, S. Hess, E. Ivanova, T.Roberts, P. Easterbrook // BMC Infect Dis. — 2017. — Vol. 17. — P. 696.

283. Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users / Paintsil E., He H., Peters C. [et al.] // J. Infect. Dis. — 2010. — Vol. 202 (7). — P. 984–990.

284. Transmission of Hepatitis C Virus Among People Who Inject Drugs: Viral Stability and Association With Drug Preparation Equipment / Doerrbecker J., Behrendt P., MateuGelabert P. [et al.] // J. Infect. Dis.— 2013. — Vol. 207 (2). — P. 281–287.

285. Sy T. Epidemiology of hepatitis C virus (HCV) infection / T. Sy, M. M. Jamal // Int. J. Med. Sci. — 2006. — Vol. 3. — P. 41–46.

286. The added value of hepatitis E diagnostics in determining causes of hepatitis in routine diagnostic settings in the Netherlands / M.H.Doting, J.Weel, H.G.Niesters, A.Riezebos-Brilman, A.Brandenburg // Clin Microbiol Infect.— 2017. — Vol. 23(9). — P. 667 – 671.

287. The cobas® HCV GT is a new tool that accurately identifies Hepatitis C virus genotypes for clinical practice / J.A.Fernández-Caballero, M.Alvarez, N.Chueca, A.B.Pérez, F.García // PLoS One. — 2017. — Vol. 12(4). — P. 1755 – 1764.

288. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide / Perz J. F., Armstrong G. L., Farrington L. A. [et al.] // J. Hepatol. — 2006. — Vol. 45. — P. 529–538.

289. The cost-effectiveness of one-time hepatitis C screening strategies among adolescents and young adults in primary care settings / S.A. Assoumou, A.Tasillo, J.A.Leff, B.R.Schackman, M.L.Drainoni, C.R.Horsburgh, M.A.Barry,

C.Regis, A.Y.Kim, A.Marshall, S.Saxena, P.C.Smith, B.P.Linas // Clin Infect Dis.— 2017. — Vol. 9. — P. 798.

290. The future of viral hepatitis testing: innovation in testing technologies and approaches / R.W.Peeling, D.I.Boeras, F.Marinucci, P.Easterbrook // BMC Infect Dis. — 2017. — Vol. 17. — P. 702.

291. The knowledge and behaviors of HCV-infected persons identified in a seroprevalence survey, USA, 2001–2002 / A. Wasley, L. Finelli, B. Bell, M. Alter // J. Clin. Virol. — 2006. — Vol. 36 (Suppl.). — P. S198–S199.

292. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector / Gershon R. R., Pearson J. M., Sherman M. F. [et al.] // Am. J. Infect. Control. — 2009. — Vol. 37, № 7. — P. 525–533.

293. The use of blunt needles does not reduce glove perforations during obstetrical laceration repair / Wilson L. K., Sullivan S., Goodnight W. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 199 (6). — P. e1–e3.

294. Transfusion transmitted infections in patients with hemophilia: A study from a tertiary care hospital in Western India / Mittal M., Zaman S., Bhatnagar N., Gajjar M. // The Internet Journal of Infectious Diseases. — 2013. — V. 12 (1). — Электронный ресурс. — Режим доступа к журналу: www.ispub.com/IJID/12/1/1467.

295. Underascertainment of acute hepatitis C virus infections in the U.S. surveillance system: a case series and chart review / S. Onofrev, J.Aneja, G.A.Haney, E.H.Nagami, A.Jr.DeMaria, G.M.Lauer, K. Hills-Evans, K.Barton, S.Kulaga, M.J.Bowen, N.Cocoros, B.H.McGovern, D.R.Church, A.Y.Kim // MMWR Morb Wkly Rep. — 2015. — Vol. 64(17). — P. 453 – 458.

296. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital / Voide C., Darling K. E., Kenfak-Foguena A. [et al.] // Swiss. Med. Wkly. — 2012. — Vol. 10. — P. 142.

297. Use of Blunt-Tip Suture Needles to Decrease Percutaneous Injuries to Surgical Personnel: Safety and Health Information Bulletin. – Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008–101>.

298. Use of Gloves and Reduction of Risk of Injury Caused by Needles or Sharp Medical Devices in Healthcare Workers: Results from a Case-Crossover Study / Kinlin L. M., Mittleman M. A., Harris A. D. [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2010. — Vol. 31 (9). — P. 908–917.

299. Use of safety devices and the prevention of percutaneous injuries among healthcare workers / Valls V., Lozano M. S., Yanez R. [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 28 (12). — P. 1352–1360.

300. Using hepatitis C prevalence to estimate HIV epidemic potential among people who inject drugs in the Middle East and North Africa / G.R.Mumtaz, H.A.Weiss, P.Vickerman, N.Larke, L.J.Abu-Raddad // *PloS One.* — 2014. — Vol. 9(12). — P. 113 – 126.

301. Values, preferences and current hepatitis B and C testing practices in low- and middle- income countries: results of a survey of end users and implementers / E.I.Reipold, A.Trianni, D.Krakower, S.Ongarello, T.Roberts, P.Easterbrook, C.Denkinger // *BMC Infect Dis.* — 2017. — Vol. 17. — P. 696.

302. Vertical transmission of hepatitis B virus during pregnancy and delivery in Denmark / N.Weis, S.Cowan, S.Hallager, S.Dröse, L.H.Kristensen, K.Grønbæk, J.Jensen, J.Gerstoft, L.G.Madsen, M.R.Clausen, S.Lunding, B.D.Tarp, T.S.Barfod, S.Sloth, D.K.Holm, J.Jensen, H.Krarup // *Scand J Gastroenterol.* — 2017. — Vol 52(2). — P. 178 – 184.

303. Von Guttenberg Y. A Survey of Occupational Exposure to Blood and Body Fluids in Physiotherapists in Western Australia / Yvonne von Guttenberg, Jeff Spickett // *Asia Pac. J. Public Health.* — 2009. — Vol. 21 (4). — P. 508–519.

304. Wasley A. Surveillance for acute viral hepatitis – United States, 2006 / A. Wasley, S. Grytdal, K. Gallagher // *MMWR Surveill. Summ.* — 2008. — Vol. 57, № 2. — P. 1–24.

305. Wasmuth J.-C. Hepatitis C – Epidemiology, transmission and natural history / JanChristian Wasmuth // *Hepatology. A clinical textbook*; Mauss S., Berg T., Rockstroh J., Sarrazin C., Wedemeyer H., Ed. — Flying Publisher, 2009. — P. 37–48.

306. Whitby M. Needlestick injuries in a major teaching hospital: the worthwhile effect of hospital-wide replacement of conventional hollow-bore needles / M. Whitby, M. L. McLaws, K. Slater // *Am. J. Infect. Control.* — 2008. — V. 36 (3). — P. 180–186.

307. WHO, Factsheet No 164, July2012: <http://goo.gl/5m3sY>

308. Wicker S. Determination of Risk of Infection with Blood-borne Pathogens Following a 351 Needlestick Injury in Hospital Workers / Wicker S., Cinatl J., Berger A. [et al.] // *Ann. Occup. Hyg.* — 2008. — Vol. 52 (7). — P. 615–622.

309. World Health Organization, UNICEF. Review of National Immunization Coverage 1980 — 2008: Pakistan. Access mode: http://www.childinfo.org/files/fiji_1980_2008.pdf.

310. Younai F. S. Health care-associated transmission of hepatitis B and C viruses in dental care (Dentistry) / F. S. Younai // *Clin. Liver. Dis.* — 2010. — Vol. 14 (1). — P. 93–104.

311. Zawilla N. H. Sharps injuries among health care workers in Cairo University Hospitals / N. H. Zawilla, D. Ahmed // *The International Journal of Risk and Safety in Medicine.* — 2013. — Vol. 25 (2). — P. 79–92.

ДОДАТОК А

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АВТОРА ДИСЕРТАЦІЇ

312. Медведовська Н.В. Проблема поширеності вірусних гепатитів в сучасних умовах функціонування закладів охорони здоров'я / Н.В. Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // East European Science Journal — 2018. — №7(35). — Р. 10 – 17. *(дисертантом здійснено збір, аналіз результатів дослідження, узагальнені висновки).*

313. Медведовська Н.В. Регіональні особливості захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №4(52). – С. 27-32. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

314. Shekera O.G. Experience of intersectoral regional intervention for the purpose of parenteral viral hepatitis spread prevention among adolescents / O.G. Shekera, N.V. Medvedovska, I.I.Kasiyanenko // Health of Society. – 2018. – №4. – Р. 155-159. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

315. Медведовська Н.В. Оцінка знань про шляхи зараження парентеральним вірусним гепатитом в підлітковому середовищі вчителів та викладачів, які працюють з підлітками / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №4/1(53). – С. 84-87. *(дисертантом здійснено узагальнення результатів дослідження, статистичну обробку).*

316. Medvedovska Nataliia V. The study of regional peculiarities of parenteral viral hepatitis incidence dynamics among children as an instrument of developing complex regional social programs on the prevention of its increase / Nataliia V. Medvedovska, Valeriy I. Bugro, Ivan I. Kasianenko // Wiadomosci Lekarskie. – 2017. – Vol. LXXII, № 1. – Р. 95 – 99. *(дисертантом здійснено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

317. Medvedovska Nataliia V. Parenteral viral hepatitis infection risk assessment by teenagers / Nataliia V. Medvedovska, Valeriy I. Bugro, Ivan I.

Kasianenko // Wiadomosci Lekarskie. – 2019. – Vol. LXXII, № 5. – P. 757 – 760. *(дисертантом здійснено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

318. Медведовская Н.В. Межотраслевой подход к предупреждению распространения парентеральных вирусных гепатитов среди детей в Украине / Н.В. Медведовская, В.И. Бугро, И.И. Касьяненко // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Здоровье и окружающая среда», г. Минск, Республика Беларусь, 15-16 ноября 2018 г.— С. 178-180.*(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

319. Бугро В. І. Сучасні особливості захворюваності дитячого населення на вірусні гепатити / В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // Медична наука та практика: виклики сьогодення: зб. робіт міжнародної. наук.-практ.конф., м.Львів, 24-25 серпня 2018 р. – Львів: «Львівська медична спільнота», 2018. – С. 92 – 94.*(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

320. Медведовська Н.В. Зростання захворюваності на вірусні гепатити як проблема стану здоров'я населення Кіровоградської області / Н.В. Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко //Медична наука та практика: актуальні питання взаємодії: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 31 серпня – 1 вересня 2018 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2018. — С. 77-79. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

321. Медведовська Н.В. Доцільність застосування міжгалузевого підходу до ранньої первинної профілактики парентеральних вірусних гепатитів серед дітей Кіровоградської області / Н.В.Медведовська, В.І. Бугро, І.І. Касьяненко // Пріоритетні напрями вирішення актуальних проблем медицини: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 7-8 вересня 2018 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2018. – С. 74-79. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів*

дослідження, підготовано матеріали до друку).

322. Медведовська Н.В. Захворюваність дитячого населення на вірусні гепатити, сучасні аспекти / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко // Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. праць науково-практичної конференції у з міжнародною участю, присвяченої 20-річчю УАСМ, м.Київ, 04-05 грудня 2018 р. /за редакцією Л.Ф.Матюха, Л.В.Хіміон, О.К.Толстанов. – Київ: Наша родина плюс, 2019. – С. 98 – 100. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

323. Можливості профілактики та своєчасної діагностики парентеральних вірусних гепатитів на первинній ланці у дітей та підлітків / Медведовська Н.В., Бацюра Г.В., Касьяненко І.І., Крижня О.В., Титаренко С.Ю.// Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. праць науково-практичної конференції у з міжнародною участю, присвяченої 20-річчю УАСМ, м.Київ, 04-05 грудня 2018 р. /за редакцією Л.Ф.Матюха, Л.В.Хіміон, О.К.Толстанов. – Київ: Наша родина плюс, 2019. – С. 100 – 104. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

324. Касьяненко І. І. Особливості організації надання профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги підліткам з парентеральними вірусними гепатитами в Кіровоградській області / І.І. Касьяненко // Матеріали учасників міжнародної науково-практичної конференції з «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку», Львів, 25-26 січня 2019 р., Львівська медична спільнота. – 2019. – С. 99-102. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовані матеріали до друку).*

325. Медведовська Н.В. Обізнаність сімейних лікарів з проблеми поширеності парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та готовність до впровадження заходів з їх попередження / Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко //Медична наука та практика XXI століття: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 01-02 лютого 2019 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2019. — С. 99-103. *(дисертантом здійснено аналіз та*

узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).

326. Визначення проблемних регіонів України за захворюваністю на парентеральні вірусні гепатити на основі динаміки їх змін та короткострокових прогнозних тенденцій: інформаційний лист/ МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України; уклад.: Н.В.Медведовська, О.Г.Шекера, В.І. Бугро, І.І.Касьяненко. — Київ, 2018. — №275-2018. — 6 с.*(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали інформаційного листа до друку)*

327. Касьяненко І.І. Результати дослідження динаміки та регіональних особливостей захворюваності на вірусні гепатити в Україні / І.І. Касьяненко, В.І. Бугро, Н.В. Медведовська // Матеріали учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання у сфері надання комплексних послуг особам з інвалідністю», Ужгород, 19-21 вересня 2018 р., Україна. Здоров'я нації. — 2018. — №3/1 (51). — С. 32-33. *(дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, підготовано матеріали до друку).*

ДОДАТОК Б

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Анкета

вивчення думки сімейних лікарів щодо заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків

Анкета анонімна. Отримані дані будуть використані в науковому дослідженні.

1. Вік (рік народження) _____ Стать _____

2. Стаж роботи в медичній галузі _____

3. Стаж роботи сімейним лікарем _____.

4. Категорія за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина»:

• Вища	• Друга
• Перша	• Спеціаліст

5. Якщо Ви перекваліфіковувалися в сімейного лікаря, то яку спеціальність мали до цього:

• Терапевт	Інша спеціальність _____
• Педіатр	

6. Місце лікарської практики

• Місто	• Село
---------	--------

7. Чи відчули Ви підвищення заробітної плати коли стали сімейним лікарем (після завершення перекваліфікації на післядипломному рівні)

• Так	• Ні
-------	------

8. Стверджують, що профілактична робота є основною в практиці сімейного лікаря, чи згодні Ви з цим?

• Так	• Ні
-------	------

9. Чи достатньо Вам знань для ефективного надання профілактичної медичної допомоги в родині?

• Так	• Необхідно постійно вдосконалювати свої знання
• Ні	

10. Чи вважаєте Ви повністю оснащеним своє робоче місце?

• Так	• Ні
• Лише частково	• Більшість обладнання є в амбулаторії

11. В якому стані будівля сімейної амбулаторії, в якій Ви працюєте?

- Відповідає комплексу оснащення та приміщень згідно таблицю, затвердженого МОЗ України
- Потребує капітального ремонту
- Потребує поточного ремонту
- Потребує реконструкції / перепланування
- Приміщення в гарному стані не вистачає оснащення.

12. Чи знайомі Ви з факторами ризику парентеральних вірусних гепатитів?

• Так	• Ні
-------	------

Якщо так, то найважливішими факторами ризику є _____

13. Чи знайомі Вам основні шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів у дітей підліткового віку?

• Так	• Ні
-------	------

Якщо так, то найважливішими шляхами передачі _____

14. Чи вдається Вам виявляти відомі фактори ризику у пацієнтів дільниці?

• Так	• Ні
-------	------

15. Чи володієте Ви необхідними знаннями щодо діагностики парентеральних вірусних гепатитів?

• Так	• Ні
-------	------

16. Чи володієте Ви практичними навичками діагностики парентеральних вірусних гепатитів?

- Знаю лише в теорії, але навичок користування тест-системами не маю.
- Володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній буденній практиці їх не застосовую.
- Володію практичними навичками і застосовую їх в рутинній роботі.

17. Як часто приходиться застосовувати знання та вміння щодо діагностики парентеральних вірусних гепатитів?

- Постійно, якщо пацієнт (підлітки) входить у групу ризику.
- Іноді, коли спостерігаються симптоми хвороби.
- Рідко застосовую через брак часу.
- Рідко застосовую через відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень
- Не застосовую.

18. Чи забезпечено Ваше робоче місце/сімейна амбулаторія тест-системами для діагностики парентеральних вірусних гепатитів?

• Так	• Ні
-------	------

19. Чи володієте Ви інформацією щодо маршруту пацієнта (в яку установу направляти) для діагностики парентеральних вірусних гепатитів?

• Так	• Ні
-------	------

20. Який відсоток підлітків на дільниці, яку ви обслуговуєте, відносяться до групи ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів?

• До 10 %	• 20-30 %	• 40-50 %
• 10-20 %	• 30-40 %	• Більше 50,0 %

21. Чи повинен сімейний лікар разом з інфекціоністом формувати стратегію ведення, лікування пацієнта (підлітка) з парентеральним вірусним гепатитом?

• Так, він постійно взаємодіє з пацієнтом і спостерігає за його станом	• Ні, достатньо інфекціоніста
--	-------------------------------

22. Чи достатньо часу, відведеного на прийом сімейному лікарю для повноцінного обстеження підлітків, зокрема щодо проведення профілактики поширення інфекцій, які передаються парентерально, зокрема вірусні гепатити В і С?

- Достатньо
- Часу вистачає тільки на загальну розмову з пацієнтом, профілактичні обстеження провести не можливо.
- Ні, часу не вистачає

23. Чи сприяла б ретельнішій профілактичній діагностичній роботі сімейного лікаря додаткова фінансова винагорода/доплата?

- Так.
- Ні, тому що такі дослідження потребують додаткового часу.

- Ні, тому що не маю достатніх умов.
- Ні.

24. Чи сприяли б ефективній боротьбі з поширенням парентеральних вірусних гепатитів державні скринінгові/профілактичні програми серед підлітків та молоді?

• Так	• Ні
-------	------

25. Чи хотіли б Ви отримати додаткові знання та навички щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з підозрою на парентеральний вірусний гепатит?

- Так, маю таке бажання.
- Ні, вважаю, що такі дослідження повинен проводити інфекціоніст, до якого сімейний лікар повинен відправити пацієнта у разі виявлення підозри.
- Ні

26. Як часто пацієнти (підлітки), що знаходяться під наглядом інфекціоніста з приводу парентеральних вірусних гепатитів, звертаються до Вас у періоді реабілітації, після проведеної терапії, тощо?

- Сімейний лікар не повинен займатися реабілітацією.
- Трапляються випадки таких звернень.
- Таких випадків не було.

Дякуємо за Ваші відповіді!

ДОДАТОК В

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

АНКЕТА

вивчення думки вчителів та викладачів Кіровоградської області щодо проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів, їх відношення до заходів профілактики та організації медичної допомоги

Шановні освітяни!

Проводиться вивчення думки вчителів та викладачів Кіровоградської області щодо проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів, їх ставлення до заходів профілактики та організації надання медичної допомоги серед підлітків.

Звертаємося до Вас з проханням надати відповіді на питання анкети. Ваші відповіді допоможуть визначити найбільш оптимальні шляхи удосконалення профілактики та попередження поширення вірусних гепатитів серед молоді.

Заповнення анкети є анонімним. Участь у дослідженні добровільна. Ваші відповіді будуть використані в науковому дослідженні в узагальненому вигляді.

Вкажіть наступні дані (необхідне підкресліть, або впишіть):

Ваш вік: _____.

Стать: чоловік / жінка.

Ви проживаєте - місто / село

Сімейний стан – одружений/неодружений; заміжня/незаміжня (підкресліть).

Освіта – вища / неповна вища / середня спеціальна (підкресліть).

Скільки років працюєте в освіті вчителем (викладачем) _____

Викладаєте в класах: 5–11 кл. / студентам перших курсів.

Ваша посада/предмет викладання _____

Ви є класним керівником: так / ні. Якщо так, то в якому класі: _____

Вкажіть відомі Вам можливі шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів (гепатит В і С) та можливі ризики інфікування ними

№	Можливі шляхи та ризики	Так	Ні	Не визначився
1	Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом при сексуальних стосунках з непостійним партнером, не використовуючи засіб індивідуального захисту (презерватив)			

№	Можливі шляхи та ризики	Так	Ні	Не визначився
2	Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом, якщо з'їсти їжу, запропоновану людиною з вірусним гепатитом В або С			
3	Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом через укус комара			
4	Чи можна інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом користуючись спільними предметами навчання та побуту з особою, інфікованою вірусним гепатитом В або С			
5	Вважаю, що я дуже ризикую інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом, працюючи в навчальному закладі з молоддю			
6	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при потисканні рук, дружніх обіймах.			
7	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при оральних сексуальних контактах без використання презервативу			
8	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при гомосексуальних контактах без використання презервативу			
9	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися перебуваючи в статевих стосунках без презервативу з споживачем ін'єкційних наркотиків			
10	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом.			
11	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися через спільний посуд.			
12	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися під час розмови, кашлю.			
13	Парентеральний вірусний гепатит може передатися від вагітної жінки до дитини.			
14	Парентеральний вірусний гепатит може передатися від матері, яка інфікована до немовляти при грудному вигодовуванні нею			
15	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в косметичному салоні (педикюр, манікюр, інші процедури)			
16	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в перукарні			
17	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при переливанні крові, гемодіалізі			
18	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при нанесенні татуювань на шкіру			
19	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися при відвідуванні стоматолога			
20	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в медичному закладі під час різних оперативних втручань			

№	Можливі шляхи та ризики	Так	Ні	Не визначився
21	Парентеральним вірусним гепатитом можна інфікуватися в медичному закладі під час проведення ін'єкцій			
22	Чи допускаєте ви особисто можливість інфікуватися парентеральним вірусним гепатитом?			
23	Вважаю, що особи з парентеральними вірусними гепатитами (В та С) для захисту оточуючих від інфікування мають лікуватися окремо			
24	Вважаю, що особи з парентеральними вірусними гепатитами (В та С) повинні навчатися окремо від інших дітей, щоб попередити поширення вірусних гепатитів.			
25	Діти/студенти в класі/групі мають знати про підлітка, який інфікований парентеральним вірусним гепатитом В або С			
26	Вважаю, що вчитель/викладач, який знає, що інфікований вірусним гепатитом, який передається парентеральним шляхом (через кров), може працювати в колективі, якщо уникатиме ситуацій, ризикованих для інших осіб з точки зору передачі інфекції парентеральним шляхом			
27	Якщо виявиться, що член моєї родини інфікований парентеральним вірусним гепатитом (В або С), я хочу тримати це в секреті.			
28	Якщо виявиться, що в колективі чи в родині, хтось із Вашого оточення захворів на вірусний гепатит В або С, ви зможете перебувати з ним в одному приміщенні/квартирі			
29	Я можу почуватися спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від колеги з вірусним гепатитом В або С.			
30	Я почувався б спокійно, користуючись одними предметами викладання та побуту разом із колегою, який має вірусний гепатит В або С.			
31	Якщо б Вам стало відомо, що продавець продуктового магазину має вірусний гепатит В або С, чи будете Ви продовжувати купувати у нього продукти.			
32	Моє ставлення до знайомої людини кардинально змінилося б, після звітки про її інфікування вірусним гепатитом В або С			
33	Чи вважаєте ви за доцільне запровадити щорічне обов'язкове обстеження підлітків на вірусний гепатити, які передаються парентеральним шляхом			

Просимо Вас вказати на використання в повсякденній роботі:

	Можливі варіанти відношення	Так	Ні	Планую
34	Проведення роз'яснювальної роботи з батьками про безпечну, в тому числі сексуальну поведінку підлітків			
35	Інформуєте учнів щодо шляхів передачі парентеральних інфекцій (зокрема вірусного гепатит В і С), заходи захисту та профілактики			
36	Проведення роз'яснювальної роботи з учнями про негативний вплив на здоров'я та поведінку вживання алкогольних напоїв, наркотичних речовин.			
37	Даєте рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків			
38	Проводите заходи серед учнів із профілактики вживання наркотиків			
39	Чи залучаєте ви до проведення профілактичної роботи серед підлітків медичних працівників			

Просимо Вас відповісти на питання:

1. З яких джерел Ви отримуєте інформацію про поширення вірусних інфекцій, зокрема тих, які передаються парентеральним шляхом (наприклад вірусний гепатит В і С)?

2. Яким чином та з яких джерел Вам було б зручніше отримувати цю інформацію?

3. Яку саме інформацію Ви б хотіли регулярно отримувати?

4. Якій інформації та з яких джерел Ви більше довіряєте?

Дякуємо за Ваші відповіді!

ДОДАТОК Г

Шановні респонденти!

Проводиться вивчення рівня знань дітей віком від 15 до 17 років та їх батьків (за бажанням)
з проблем поширення парентеральних вірусних гепатитів в Україні
Анкета є анонімною, а зазначена Вами інформація є конфіденційною!

Вік дитини: _____ років Стать: хлопчик / дівчинка *(потрібне підкресліть)*

Ви проживаєте в: місті / селі*(потрібне підкресліть)*

Просимо Вас анонімно відповісти на питання анкети:

№	Питання	Варіанти відповідей			
		Зовсім не загрожує	Невелика загроза	Серйозна загроза	Не знаю
1	Чи вважаєте ви, що поширення вірус-них гепатитів загрожує нашому місту?				
2	Чи вважаєте ви, що поширення вірусних гепатитів в вашому місті загрожує зараженню дітям та членам вашої родини ?				
3	Якою на ваш погляд є можливість зараження парентеральним вірусним гепатитом серед підлітків ?				
		Попробував би розібратись в ситуації та допомогти	Нічого не зміниться	Розірвав стосунки без пояснень	Не знаю
4	Якими були б Ваші дії коли б ви дізналися, що у Вашого друга/подруги діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С?				
		Так	Ні	Не знаю	Коментар (якщо є)
5	Чи повинні діти в класі/групі знати про однолітків, яким діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С?				
6	Якими шляхами може передаватися (відбуватися зараження) парентеральним вірусним гепатитом?				
-	Через потискання руки, обійми				
-	Через спільне користування шкільними приналежностями				

-	Через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом				
-	Через спільний посуд				
-	Через спілкування під час розмови, кашлю				
-	Через медичні втручання, уколи, переливання крові				
-	Через укуси комах				
-	Через недотримання правил стерилізації інструментарію при татуюванні, манікюрі, педикюрі.				
-	Через близькі стосунки чоловіків і жінок, сексуальні контакти, без використання презервативу				
	Через близькі стосунки чоловіків, сексуальні контакти, без використання презервативу				
7	Чи вживали б Ви їжу з одного посуду з людиною, про яку вам відомо, що вона інфікована парентеральним вірусним гепатитом?				
	Питання	Варіанти відповідей			
		Так	Ні	Не знаю	Коментар (якщо є)
8	Якщо у однокласника діагностовано парентеральний вірусний гепатит В або С, чи можна йому продовжувати відвідувати навчальний заклад?				
9	Чи змінилося б Ваше ставлення до знайомого/знайомої, після звістки, що вони інфіковані парентеральним вірусним гепатитом?				
10	Чи ставитеся ви підозріло (з точки зору можливого інфікування парентеральним вірусним гепатитом) до осіб із татуюванням?				
11	Чи ставитеся ви підозріло (з точки зору можливого інфікування парентеральним вірусним гепатитом) до осіб які мають ранні сексуальні стосунки?				
12	Чи повинні знати інші учні класу/групи про інфікування однолітка парентеральним вірусним гепатитом?				

13	Якщо ваш знайомий або близький інфікувався парентерально вірусним гепатитом, чи хотіли б ви це тримати в секреті?				
		Так		Ні, такого досвіду не мав	
14	Чи були у вас у підлітковому віці сексуальні стосунки?				
15	Чи інформовані ви про доцільність дотримання засад здорового способу життя з дитинства?				
16	Чи інформовані ви про загрозу для здоров'я ранніх незахищених сексуальних контактів?				
17	Чи хотіли б ви мати змогу пройти раз на рік профілактичне обстеження на наявність парентерального вірусного гепатиту				
18	Чи представляють загрозу поширення парентеральних вірусних гепатитів медичні маніпуляції				
19	Чи представляє загрозу поширення парентеральних вірусних гепатитів відвідування стоматолога				
		Завжди	Не завжди	Не викорис тую	Коментар (якщо є)
20	Чи використовуєте Ви під час сексуальних контактів засоби індивідуального захисту (презервативи)?				

Дякуємо за Ваші відповіді!

ДОДАТОК Д

Карта експертної оцінки удосконаленої моделі організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо запропонованої моделі організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні. Дякуємо за співпрацю!

Стаж роботи за спеціальністю _____

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

У кожній клітинці таблиці оцініть наведені елементи удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні за 10-ти бальною шкалою.

Основні аспекти оцінки моделі	Позитивна оцінка	Бал
1. Загальна оцінка удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків на регіональному рівні		
2. Дієвість запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі		
3. Профілактична спрямованість запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі		
4. Обґрунтування концептуальних пріоритетних напрямів організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, які поребують актуалізації та реалізації як ключові		
5. Забезпечення медико-соціальної ефективності моделі за рахунок: 5.1. етапності організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків; 5.2. посилення вектору активно-конструктивної профілактики з координацією зусиль медичної, освітньої, культурної і соціально-виховної сфери попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків в цілому; 5.3. визначення та формування за участі лікаря загальної практики – сімейного лікаря груп ризику поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків з можливістю проведення обстеження швидкими тестами на антитіла до вірусу гепатиту В та/або С при наданні первинної медичної допомоги; 5.4. інформування громадськості щодо доцільності проведення профілактичних заходів та діагностичних обстежень серед підлітків, формування знань про фактори ризику та шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів з усвідомленням небезпеки інфікування та безсимптомного початку хвороби;		

Основні аспекти оцінки моделі	Позитивна оцінка	Бал
5.5. залучення освітян, молодіжних культурних і громадських організацій, закладів позашкільної освіти та спорту до надання оздоровчо-профілактичної підтримки підліткам; 5.6. комплексного сприяння своєчасному профілактичному втручанням та діагностичному обстеженню підлітка з урахуванням індивідуальних особливостей, наявних факторів ризику на основі дружнього підходу		
6. Доступність та можливість для підлітка проходження безкоштовно діагностичного обстеження з розумінням, що своєчасно розпочате лікування дозволить зберегти здоров'я та якість життя		
7. Покладання на головних лікарів (уповноважених ними осіб), медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу функцій планування заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх координації, мотивації та ресурсного забезпечення з наступним аналізом для прийняття управлінських рішень		
8. Удосконалення організації діагностики, матеріально-технічного та карового забезпечення профілактичної роботи з підлітками		
9. Покладання на регіональні органи управління, об'єднані громади функцій управлінського супроводу, планування та обґрунтування доцільності прийняття регіональних програм з удосконалення організації попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків		
10. Моніторинг індикаторів впровадження удосконаленої моделі попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків		
11. Модернізація навчальних програм з практичними заняттями в навчально-тренінгових класах (центрах) на існуючих базах до- та післядипломного навчання ЛЗП/СЛ щодо застосування сучасних профілактичних технологій попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків		
12. Програмний регіональний підхід до реалізації міжгалузевого етапного вирішення проблеми попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків		

Дякуємо за Ваші відповіді!

ДОДАТОК Е

Таблиця 1

Інформація щодо структури центрів первинної медико-санітарної допомоги станом на 2018 р.

Назва центру ПМСД	Кількість ЦПСМД	Кількість міських амбулаторій, що входять до складу ЦПСМД	з них АЗПСМ	Кількість сільських амбулаторій, що входять до складу ЦПСМД	з них АЗПСМ	Перелік амбулаторій, що входять до ЦПСМД
м. Кіровоград	2	18	18	-	-	
м. Олександрія	1	7	0			підрозділи міських лікарень, АЗПСМ №1, №2, 1 амбулаторія на базі дитячої лікарні
ЦПСМД м. Світловодськ	1	6	6			підрозділи поліклініки ЦРЛ, Власівська АЗПСМ
Благовіщенський РЦПСМД	1	1	1	4	4	Ульянівська АЗПСМ, Великотроянська, Даниловобалківська, Лозуватська, Новоселицька АЗПСМ
Бобринецький РЦПСМД	1	1	1	3	3	Бобринецька АЗПСМ, Витязівська АЗПСМ, Кетрисанівська АЗПСМ, Рощахівська АЗПСМ
Вільшанський РЦПСМД	1	1	1	1	1	Вільшанська АЗПСМ, Добрянська АЗПСМ
Гайворонський РЦПСМД	1	4	4	3	3	Гайворонська АЗПСМ, Гайворонська АЗПСМ №2, Завалівська АЗПСМ, Сальківська АЗПСМ, Таужненська АЗПСМ, Могильненська АЗПСМ, Хашуватська АЗПСМ
Голованівський РЦПСМД	1	2		4	1	Голованівська ЛА. Побузька ЛА, Клинівська СЛА, Молдовська СЛА, Перегонівська СЛА, Троянська АЗПСМ

Назва центру ПМСД	Кількість ЦПСМД	Кількість міських амбулаторій, що входять до складу ЦПСЛ	з них АЗПСМ	Кількість сільських амбулаторій, що входять до складу ЦПСМД	з них АЗПСМ	Перелік амбулаторій, що входять до ЦПСМД
Добровеличківський РЦПСМД	1	1	1	5	5	Добровеличківська АЗПСМ, Перчунівська АЗПСМ, Липняжська АЗПСМ, Піщаноблідська АЗПСМ, Тишківська АЗПСМ, Олексіївська АЗПСМ
Помічнлянська ЦПСМД ОТГ	1	1	1	1	1	Помічнлянська АЗПСМ, Помічнлянська сільська АЗПСМ
Долинський РЦПСМД	1	2	0	3	1	Долинська МА, Молодіжненська ЛА, Братолубівська СЛА, Кіровська СЛА, Гурівська АЗПСМ
Знам'янський РЦПСМД	1	2	2	10	10	Знам'янська АЗПСМ, АЗПСМ сел. Знам'янка друга, Володимирівська, Дмитрівська, Богданівська, Суботцівська, Диківська, Іванковецька, Трепівська, Цибулівська, Петрівська, Мошоринська АЗПСМ
Кіровоградський РЦПСМД	1			15	13	Аджамська АЗПСМ, Грузьківська АЗПСМ, Оситняжська АЗПСМ, Крупська АЗПСМ, Покровська АЗПСМ, Созонівська АЗПСМ, Соколівська АЗПСМ, Миколаївська АЗПСМ, Володимирівська АЗПСМ, Катеринівська АЗПСМ, Первозванівська АЗПСМ, Великосєверинівська АЗПСМ, Бережинська АЗПСМ, Калинівська СЛА, Федорівська СЛА

Назва центру ПМСД	Кількість ЦПМСД	Кількість міських амбулаторій, що входять до складу ЦПМСЛ	з них АЗПСМ	Кількість сільських амбулаторій, що входять до складу ІПМСЛ	з них АЗПСМ	Перелік амбулаторій, що входять до ЦПМСД
Компаніївський РЦПМСД	1	1	0	2	2	Компаніївська АЗПСМ, Голубієвицька АЗПСМ, Лозуватська АЗПСМ
Маловисківський РЦПМСД	1	2	0	5	3	Маловисківська ЛА, Смолінська ЛА, Великовисківська АЗПСМ, Злинська АЗПСМ, Хмелівська АЗПСМ, Оникіївська СЛА, Плетеноташлицька СЛА
Новгородківський РЦПМСД	1	1	1	2	1	Новгородківська АЗПСМ, Вершинокам'янська АЗПСМ, Верблюжська СЛА
Новоархангельський РЦПМСД	1	1	1	5	5	Новоархангельська АЗПСМ, Надлакська АЗПСМ, Підвисоцька АЗПСМ, Кам'янецька АЗПСМ, Кальниболоцька АЗПСМ, Нерубайська АЗПСМ
Новомиргородський РЦПМСД	1	2	2	3	3	Новомиргородська АЗПСМ, Капітанівська АЗПСМ, Оситняжська АЗПСМ, Панчівська АЗПСМ, Коробчинська АЗПСМ
Новоукраїнський РЦПМСД	1	2	2	5	5	Новоукраїнська АЗПСМ, Новоукраїнська АЗПСМ №2, Глодоська АЗПСМ, Камишуватська АЗПСМ, Рівненська АЗПСМ, Іванівська АЗПСМ, Ганнівська АЗПСМ

Назва центру ПМСД	Кількість ЦПМСД	Кількість міських амбулаторій, що входять до складу ЦПМСЛ	з них АЗПСМ	Кількість сільських амбулаторій, що входять до складу ІПМСЛ	з них АЗПСМ	Перелік амбулаторій, що входять до ЦПМСД
Олександрівський РЦПМСД	1	2	2	4	4	Олександрівська АЗПСМ, Єлизаветградківська АЗПСМ, Красносільська АЗПСМ, Родниківська АЗПСМ, Ставидлянська АЗПСМ, Цвітненська АЗПСМ
Олександрійський РЦПМСД	1	3	3	11	11	Олександрійська АЗПСМ, Приютівська АЗПСМ, Новопазська АЗПСМ, Олександрівська АЗПСМ, Косівська АЗПСМ, Ульяновська АЗПСМ, Бандурівська АЗПСМ, Попельнастівська АЗПСМ, Бутовська АЗПСМ, Протопопівська АЗПСМ, Голоківська АЗПСМ, Шарівська АЗПСМ, Войнівська АЗПСМ, Червонокам'янська АЗПСМ
Онуфріївський РЦПМСД	1	2	2	4	3	Онуфріївська АЗПСМ, Павлиська АЗПСМ, Успенська АЗПСМ, Зибківська АЗПСМ, Млинківська АЗПСМ, Куцеволівська СЛА
Петрівський РЦПМСД	1	2	2	5	3	Петрівська АЗПСМ, Балахівська АЗПСМ, Володимирівська АЗПСМ, Луганська АЗПСМ, Іскрівська СЛА, Новостародубська АЗПСМ, Зеленська СЛА

Назва центру ПМСД	Кількість ЦПСМД	Кількість міських амбулаторій, що входять до складу ЦПСЛ	з них АЗПСМ	Кількість сільських амбулаторій, що входять до складу ІПСЛ	з них АЗПСМ	Перелік амбулаторій, що входять до ЦПСМД
Світловодський РЦПСМД	1	0	0	6	6	Глинська АЗПСМ, Андрусівська АЗПСМ, Павлівська АЗПСМ, Озерська АЗПСМ, Микільська АЗПСМ, Подорожнянська АЗПСМ
Устинівський район	1	1	0	4	2	Устинівська ЛА, Докучаєвська СЛА, Березівська АЗПСМ, Дмитрівська АЗПСМ, Криничуватська СЛА
Всього	26	65	50	105	90	
м. Кіровоград – АЗПСМ с. Гірниче		1	1			
Всього амбулаторій, включаючи самостійні	26	66	51	105	90	

ДОДАТОК Є

"ПАСПОРТ обласної цільової соціальної програми "Молодь Кіровоградщини" на 2016-2020 роки

1.	Програма затверджена:	Рішення обласної ради від 18 листопада 2016 р. № 154
2.	Ініціатор розроблення програми	Управління освіти, науки, молоді та спорту облдержадміністрації
3.	Дата, номер і назва розпорядження голови облдержадміністрації про розроблення програми	Від 19 квітня 2016 року № 155-р "Про розробку проекту обласної цільової соціальної програми "Молодь Кіровоградщини" на 2016-2020 роки"
4.	Розробник програми	Управління освіти, науки, молоді та спорту облдержадміністрації
5.	Співрозробники програми	Департамент культури, туризму та культурної спадщини; департамент охорони здоров'я управління регіонального розвитку, містобудування та архітектури; управління комунікацій з громадськістю; служба у справах дітей облдержадміністрації; обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; обласний центр зайнятості; Управління ДСНС України в області
6.	Відповідальний виконавець програми	Управління освіти, науки, молоді та спорту облдержадміністрації
7.	Учасники програми	Департамент культури, туризму та культурної спадщини; департамент охорони здоров'я; служба у справах дітей облдержадміністрації; обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; обласний центр зайнятості; Управління Державної служби України

		з надзвичайних ситуацій у Кіровоградській області
8.	Терміни реалізації програми	2016-2020 роки
9.	Перелік місцевих бюджетів, які беруть участь у виконанні програми (для комплексних програм)	Обласний бюджет, бюджети районів, міст обласного значення, бюджети об'єднаних територіальних громад
10.	Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації програми, усього, у тому числі:	6720,2 тис. грн.
	кошти обласного бюджету	2016,6 тис. грн.
	кошти районних бюджетів, бюджетів міст обласного значення та бюджетів об'єднаних територіальних громад	4598,6 тис. грн
	кошти інших джерел	105,0 тис. грн..
11.	Основні джерела фінансування програми	Обласний бюджет, бюджети районів, міст обласного значення, бюджети об'єднаних територіальних громад, інші джерела

**Заступник начальника управління
освіти, науки, молоді та спорту
обласної державної адміністрації**

Л.ШАТНА"

ПОКАЗНИКИ ПРОДУКТУ
обласної цільової соціальної програми "Молодь Кіровоградщини" на 2016-2020 роки

№ з/п	Найменування показників виконання завдання	Одиниця виміру	Значення показників					
			Усього	2016	2017	2018	2019	2020
1	Кількість залученої молоді до здійснення заходів, спрямованих на творчий і духовний розвиток, інтелектуальне самовдосконалення	тис. осіб	27,0	5,0	5,0	5,5	5,5	6,0
		з них жінок тис. осіб	13,0	2,5	2,5	2,5	2,5	3,0
2	Кількість залученої молоді, що взяла участь у заходах, спрямованих на утвердження здорового і безпечного способу життя та культури здоров'я	тис. осіб	34,8	6,4	6,4	6,4	7,8	7,8
		з них жінок тис. осіб	16,0	3,0	3,0	3,0	3,5	3,5
3	Кількість залученої молоді до здійснення заходів, спрямованих на національнопатріотичне виховання та підвищення рівня громадської самосвідомості	тис. осіб	117,1	19,7	23,0	24,3	24,9	25,2
		з них жінок тис. осіб	57,5	10,0	11,0	12,0	12,0	12,5

№ з/п	Найменування показників виконання завдання	Одиниця виміру	Значення показників					
			Усього	2016	2017	2018	2019	2020
4	Кількість молоді, залученої до проведення профорієнтаційних заходів	тис. осіб	34,5	6,7	6,8	6,9	7,0	7,1
	Кількість працевлаштованої молоді	тис. осіб	11,0	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
5	Кількість залученої молоді до заходів, спрямованих на молодих осіб, що проживають на тимчасово окупованій території та внутрішньо переміщених осіб	тис. осіб	11,3	1,5	2,0	2,3	2,5	3,0
6	Кількість молодіжних і дитячих громадських організацій, яким надана підтримка	одиниць	122	20	22	24	26	30

