

ДИНАМІКА СПЕЦІАЛЬНОГО СКРИНІНГОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ З МЕТОЮ ВИЯВЛЕННЯ НОВОУТВОРЕННЯ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ ДАНИХ ТА ДИСПАРИТЕТІВ ЗА 2020–2025 РОКИ

ТОКАР П. Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Для кореспонденції: Токар Петро Юрійович, доктор філософії, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології, Буковинський державний медичний університет, вулиця Театральна пл. 2, Чернівці, 58002.

DYNAMICS OF SPECIAL SCREENING EXAMINATION FOR CERVICAL NEOPLASMS IN UKRAINE: ANALYSIS OF DATA AND DISPARITIES FOR 2020–2025

For correspondence: Tokar Petro Yuriiyovych, Doctor of Philosophy, Assistant Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Teatralna Sq. 2, Chernivtsi, 58002.

Резюме. Актуальність. Дисплазія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія CIN) є передраковим станом, своєчасне виявлення якого має вирішальне значення для профілактики раку шийки матки. З огляду на високі показники захворюваності та смертності від цієї патології в Україні, важливим напрямом державної політики у сфері охорони здоров'я є впровадження ефективної системи популяційного скринінгу. Своєчасна діагностика дисплазії дозволяє уникнути переходу у злоякісну форму та зберегти репродуктивне здоров'я жінки. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю оцінки охоплення скринінгом жіночого населення України, виявлення організаційних бар'єрів, а також формування науково обґрунтованих пропозицій щодо підвищення ефективності профілактичної роботи.

Мета. Проаналізувати охоплення жіночого населення України скринінговими обстеженнями шийки матки за кодом Z12.4 у 2020–2025 роках у розрізі вікових груп та регіонів, визначити основні тенденції та чинники впливу, а також запропонувати шляхи удосконалення організації популяційного скринінгу дисплазії шийки матки.

Матеріали та методи. У дослідженні використано статистичні дані Національної служби здоров'я України щодо кількості жінок, яким було проведено скринінг на новоутворення шийки матки (код Z12.4) за періоди: 2020 рік (II–IV квартали), 2021, 2022, 2023, 2024 роки, а також I квартал 2025 року. Дані структуровано за 26 адміністративно-територіальними одиницями (25 областей та м. Київ) і трьома віковими групами: 18–39 років, 40–64 роки, 65+ років. Застосовано методи описової статистики, аналізу динаміки, порівняльної оцінки, коефіцієнтів варіації, а також розрахунок міжгрупових кореляцій.

Результати. За досліджуваній період скринінг пройшли 108 230 жінок. Найвищий рівень охоплення спостерігався у віковій групі 40–64 роки – 51 607 жінок (47,7%), що відповідає міжнародним рекомендаціям щодо цільової когорти. У віковій групі 18–39 років обстежено 43 608 жінок (40,3%), у групі 65+ – 13 015 жінок (12,0%). Пікове охоплення відбулося у 2023 році (34 690 обстежень). Найактивнішими регіонами були м. Київ, Львівська та Одеська області, тоді як найнижчі показники зафіксовано у Донецькій, Кіровоградській і Луганській областях. Виявлено високу позитивну кореляцію між обсягами скринінгу у вікових групах 18–39 і 40–64 років ($r = 0,87$), що вказує на системний підхід у частині регіонів. Водночас категорія 65+ демонструє низький рівень охоплення та значну варіабельність між регіонами.

Висновки. Скринінг дисплазії шийки матки в Україні у 2020–2025 роках демонструє позитивну динаміку з поступовим розширенням охоплення. Найефективніше працює система скринінгу в регіонах з розвинутою інфраструктурою первинної ланки, наявністю міжсекторальної взаємодії та цифровими інструментами обліку. Водночас зберігаються проблеми низького охоплення жінок старших вікових груп, значні регіональні диспропорції та недостатня сталість динаміки після 2023 року. Для підвищення ефективності скринінгу рекомендовано:

розширити програми мобільного скринінгу для малодоступних груп;
забезпечити мотивацію та інформування жінок через сімейних лікарів;
оновити стандарти скринінгу із залученням психоосвітніх компонентів;
здійснити нормативне закріплення ролі первинної ланки у скринінговому процесі.

Комплексне впровадження зазначених заходів дозволить підвищити якість, доступність і результативність раннього виявлення дисплазії шийки матки, що є ключовим для зниження онкологічного навантаження на жіноче населення України.

Ключові слова: скринінг, дисплазія шийки матки, популяційне обстеження, онкоконтроль, Національна служба здоров'я України, профілактика раку.

Abstract. Relevance. Cervical dysplasia (cervical intraepithelial neoplasia CIN) is a precancerous condition, the timely detection of which is crucial for the prevention of cervical cancer. Given the high rates of morbidity and mortality from this pathology in Ukraine, an important area of public health policy is the implementation of an effective population screening system. Timely diagnosis of dysplasia helps to avoid its transition to malignancy and preserve a woman's reproductive health. The relevance of the study is due to the need to assess the screening coverage of the female population

of Ukraine, identify organizational barriers, and develop scientifically based proposals to improve the effectiveness of preventive work.

Objective. To analyze the coverage of the female population of Ukraine with cervical screening examinations according to code Z12.4 in 2020–2025 by age groups and regions, to identify the main trends and factors of influence, and to suggest ways to improve the organization of population screening for cervical dysplasia.

Materials and methods. The study used statistical data from the National Health Service of Ukraine on the number of women screened for cervical neoplasms (code Z12.4) for the periods: 2020 (II–IV quarters), 2021, 2022, 2023, 2024, and the first quarter of 2025. The data is structured by 26 administrative-territorial units (25 oblasts and the city of Kyiv) and three age groups: 18–39 years, 40–64 years, 65+ years. Methods of descriptive statistics, analysis of dynamics, comparative assessment, coefficients of variation, and calculation of intergroup correlations were used.

Results. During the study period, 108,230 women were screened. The highest coverage rate was observed in the 40–64 age group 51,607 women (47.7%), which is in line with international recommendations for the target cohort. In the 18–39 age group, 43,608 women (40.3%) were screened, and in the 65+ group, 13,015 women (12.0%). Peak coverage occurred in 2023 (34,690 examinations). The most active regions were Kyiv city, Lviv and Odesa regions, while the lowest rates were recorded in Donetsk, Kirovohrad and Luhansk regions. There was a high positive correlation between screening volumes in the 18–39 and 40–64 age groups ($r = 0.87$), indicating a systematic approach in some regions. At the same time, the 65+ category demonstrates low coverage and significant variability between regions.

Conclusions. Cervical dysplasia screening in Ukraine in 2020–2025 shows positive dynamics with a gradual expansion of coverage. The screening system works most effectively in regions with developed primary care infrastructure, intersectoral cooperation, and digital record-keeping tools. At the same time, the problems of low coverage of older women, significant regional disparities, and insufficient sustainability of the dynamics after 2023 remain. To improve the effectiveness of screening, it is recommended to:

introduce a unified electronic register of preventive examinations;

expand mobile screening programs for hard-to-reach groups;

provide motivation and information to women through family doctors;

update screening standards with psychoeducational components;

to implement a regulatory framework for the role of primary care in the screening process.

The comprehensive implementation of these measures will improve the quality, accessibility and effectiveness of early detection of cervical dysplasia, which is key to reducing the cancer burden on the female population of Ukraine.

Key words: screening, cervical dysplasia, population-based survey, cancer control, National Health Service of Ukraine, cancer prevention.

Вступ

Рак шийки матки є однією з найбільш поширених онкологічних патологій серед жінок в Україні, посідаючи провідні позиції в структурі захворюваності та смертності [1]. За відсутності систематичного скринінгу захворювання часто діагностується на пізніх стадіях, що суттєво знижує шанси на ефективне лікування та спричиняє серйозні соціальні й економічні наслідки [2]. Одним із ключових інструментів профілактики та раннього виявлення цервікальної патології є спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення новоутворення шийки матки, яке проводиться відповідно до міжнародних та національних протоколів з використанням кодованого обліку (Z12.4) [3].

У трансформації системи охорони здоров'я, впровадження Програми медичних гарантій та діяльності Національної служби здоров'я України особливої ваги набуває оцінка реального охоплення жінок відповідними профілактичними заходами [4]. З 2020 року НСЗУ збирає уніфіковані статистичні дані щодо проходження жінками спеціального скринінгу, що дозволяє проаналізувати динаміку показників за віком, регіонами та роками [5]. Ці дані відкривають можливість для комплексної оцінки ефективності скринінгових програм, виявлення організаційних прогалин і формування рекомендацій для підвищення доступності та якості профілактичної допомоги [6].

Вивчення темпів зростання охоплення скринінгом, аналіз вікових і регіональних диспропорцій, а також впровадження нових підходів до управління процесом скринінгу є надзвичайно важливими для подальшого зниження захворюваності на рак шийки матки та формування сталої системи популяційної онкопрофілактики в Україні [7; 8].

Мета. Проаналізувати охоплення жіночого населення України скринінговими обстеженнями шийки матки за кодом Z12.4 у 2020–2025 роках у розрізі вікових груп та регіонів, визначити основні тенденції та чинники впливу, а також запропонувати шляхи удосконалення організації популяційного скринінгу дисплазії шийки матки.

Матеріали та методи

У дослідженні використано статистичні дані Національної служби здоров'я України щодо кількості жінок, яким було проведено скринінг на новоутворення шийки матки (код Z12.4) за періоди: 2020 рік (II–IV квартали), 2021, 2022, 2023, 2024 роки, а також I квартал 2025 року. Дані структуровано за 26 адміністративно-територіальними одиницями (25 областей та м. Київ) і трьома віковими групами: 18–39 років, 40–64 роки, 65+ років. Застосовано методи описової статистики, аналізу динаміки, порівняльної оцінки, коефіцієнтів варіації, а також розрахунок міжгрупових кореляцій.

Результати

Рак шийки матки є однією з найпоширеніших онкологічних патологій серед жінок у світі та в Україні. Ефективність боротьби з цим видом раку значною мірою залежить від впровадження та дотримання систематичного скринінгу – обстеження, яке дозволяє виявляти передракові стани та початкові стадії захворювання. Саме тому аналіз охоплення жіночого населення України профілактичними обстеженнями на рак шийки матки є важливим елементом оцінки ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я. Згідно з медико-статистичними даними Національної служби здоров'я України за 2020 (II–IV кв.), 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (I кв.) роки, що охоплюють показники

обстеження за кодом Z12.4, Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення новоутворення шийки матки демонструє різноспрямовані динамічні зміни, що відображають як епідеміологічну ситуацію, так і організаційні зусилля системи охорони здоров'я України.

Дослідження базується на сукупних статистичних даних щодо проходження жінками скринінгу у 26 адміністративно-територіальних одиницях України, розподілених за трьома віковими категоріями: 18–39 років, 40–64 роки, та 65 і більше років. Усього за досліджуваній період скринінг пройшли 108 230 жінок, що дозволяє говорити про репрезентативність вибірки для популяційного аналізу. Кожна вікова група має своє епідеміологічне та клінічне значення. Жінки віком 40–64 роки – основна цільова когорта для скринінгу раку шийки матки, оскільки саме в цьому віковому діапазоні найчастіше виявляються цервікальні неоплазії високого ступеня. Водночас молодші жінки віком 18–39 років мають значення для виявлення первинних гіперпластичних змін, а жінки віком 65+ – група підвищеного ризику несвоєчасного виявлення онкопатології через часте припинення участі у профоглядах (табл. 1).

У 2020 році, який позначився початком пандемії COVID-19, в Україні було проведено лише 4 234 скринінгових обстеження, що пояснюється масовим обмеженням планових візитів, карантинними заходами, перенаправленням ресурсів медичної системи на боротьбу з вірусною інфекцією. Проте вже у 2021 році спостерігалось суттєве зростання до 14 422 обстежень, а у 2022 – до 21 647, що свідчить про поступове відновлення амбулаторної допомоги та повернення до планових профілактичних оглядів. Абсолютний пік припав на 2023 рік – 34 690 обстежень, що, ймовірно, пов'язано з активною реалізацією програм вторинної профілактики, включенням скринінгу в систему гарантованих медичних послуг та розширенням інформування населення.

У 2024 році спостерігається відносно зниження (26 079 обстежень), що може бути пов'язане як з насиченням програми в попередньому році, так і з коливаннями фінансування на місцевому рівні. Дані за перший квартал 2025 року демонструють 7 158 обстежень, і з огляду на темпи, можна припустити, що до кінця року буде досягнуто принаймні рівня 2024 року.

Структура за віком показує, що найбільшу частку скринінгованих жінок становить вікова група 40–64 років – 47,7% (51 607 жінок). Це цілком відповідає міжнародним рекомендаціям щодо основної вікової групи скринінгу. Група 18–39 років охопила 43 608 жінок (40,3%), що є позитивним показником, особливо з урахуванням важливості раннього виявлення інфекцій, асоційованих із ВПЛ. Найменше охоплення спостерігається серед жінок віком 65+ – 13 015 випадків (12,0%), що вказує на потребу в розширенні доступу до скринінгу для жінок старшого віку. Варто наголосити, що онкопатологія шийки матки не обмежується лише репродуктивним періодом, і серед пацієнток віком понад 65 років нерідко виявляються занедбані форми захворювання, які на момент діагностики вже виходять за межі операбельності. Це підкреслює необхідність переосмислення вікових обме-

жень у програмах скринінгу та створення мобільних або адресних механізмів охоплення літніх жінок, особливо в сільських громадах.

Розподіл за регіонами виявляє суттєві диспропорції. Найвищі показники охоплення продемонстрували м. Київ (18 245 обстежень), Львівська область (14 572), Одеська область (8 039), Дніпропетровська (7 851) та Полтавська області (4 273). У цих регіонах помітна організованість охорони здоров'я, ефективність управлінських рішень, наявність сучасної діагностичної бази, активне залучення приватного сектору та інформаційна підтримка з боку місцевих адміністрацій. Високий рівень охоплення населення у цих областях є результатом взаємодії первинної ланки медицини, акушерсько-гінекологічної служби, медіа, органів місцевого самоврядування.

Натомість у таких регіонах, як Донецька (108 обстежень) та Луганська області (3 442), охоплення скринінгом знаходиться на критично низькому рівні. Це зумовлено передусім бойовими діями, переміщенням населення, руйнуванням інфраструктури та недостатнім забезпеченням фахівцями. Також слід зазначити слабку динаміку в Кіровоградській (414), Чернівецькій (816) та Сумській (982) областях. Для цих регіонів актуальним є запровадження цільових програм, залучення пересувних амбулаторій, створення єдиної національної електронної бази для планування обстежень і направлень.

На основі проведеної обробки даних можна стверджувати, що скринінг у віковій групі 40–64 років має найвищу інтенсивність, демонструючи стабільно високі показники по всіх роках. Це свідчить про правильний фокус медичних програм. У групі 18–39 років рівень охоплення демонструє позитивну динаміку, особливо в роки після пандемії, що можна вважати наслідком ефективної інформаційної політики та інтеграції обстежень у практику сімейних лікарів. Однак у цій групі спостерігається більша варіативність між регіонами, що вимагає адаптації підходів до конкретних соціокультурних умов. Найбільше занепокоєння викликає ситуація з групою жінок віком 65+, де не лише рівень охоплення є низьким, а й регіональні відмінності особливо різкі. Наприклад, м. Київ надав 1 647 скринінгів для жінок старшого віку, тоді як у низці регіонів цей показник коливається в межах кількох десятків або взагалі одиничних випадків.

Отримані дані свідчать про необхідність подальшої оптимізації національної програми скринінгу. Насамперед слід забезпечити більш рівномірне охоплення по регіонах, впровадити електронну систему нагадування для жінок щодо терміну наступного обстеження, розширити показання для вікової групи 65+, інтегрувати скринінг у програму щорічного профілактичного огляду. Потрібні також освітні кампанії, спрямовані на подолання міфів і страхів, які стримують жінок від проходження обстеження, особливо в сільській місцевості. Значну роль у цьому процесі відіграє первинна ланка медицини – сімейні лікарі, акушери-гінекологи жіночих консультацій, фахівці з громадського здоров'я.

Таким чином, на рівні державної політики та місцевого самоврядування варто зосередитися на таких

Таблиця 1

Кількість жінок, яким проведено скринінгове обстеження (код Z12.4) з метою виявлення новоутворення шийки матки, за віком, регіоном та роками

Роки	Вікова група	Вінницька область	Волинська область	Дніпропетровська область	Донецька область	Житомирська область	Закарпатська область	Запорізька область	Івано-Франківська область	Київська область	Кіровоградська область	Луганська область	Львівська область	м. Київ	Миколаївська область	Одеська область	Полтавська область	Рівненська область	Сумська область	Тернопільська область	Харківська область	Херсонська область	Хмельницька область	Черкаська область	Чернівецька область	Чернігівська область	Україна
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
2020 (III-IV кв.)	18-39	0 (0,0)	8 (0,4)	33 (1,6)	2 (0,1)	1 (0,05)	0 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	3 (0,1)	3 (0,1)	308 (15,4)	536 (26,8)	543 (27,2)	1 (0,05)	17 (0,8)	244 (12,2)	7 (0,3)	1 (0,05)	6 (0,3)	31 (1,5)	0 (0,0)	3 (0,1)	15 (0,7)	109 (5,4)	120 (6,0)	1993
	40-64	0 (0,0)	5 (0,2)	13 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,05)	7 (0,3)	1 (0,05)	1 (0,05)	2 (0,1)	414 (23,0)	305 (16,9)	481 (26,7)	2 (0,1)	2 (0,1)	218 (12,1)	8 (0,4)	9 (0,5)	1 (0,05)	37 (2,0)	0 (0,0)	3 (0,1)	39 (2,1)	112 (6,2)	134 (7,4)	1795
	65+	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	96 (21,5)	39 (8,7)	215 (48,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	63 (14,1)	2 (0,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	6 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (1,3)	3 (0,6)	10 (2,2)	446
	Всього	1 (0,02)	13 (0,3)	47 (1,1)	2 (0,04)	1 (0,02)	1 (0,02)	10 (0,2)	1 (0,02)	4 (0,09)	7 (0,1)	818 (19,3)	880 (20,7)	1239 (29,2)	3 (0,07)	19 (0,4)	525 (12,3)	17 (0,4)	11 (0,2)	7 (0,1)	74 (1,7)	0 (0,0)	6 (0,1)	60 (1,4)	224 (5,2)	264 (6,2)	4234
2021	18-39	4 (0,06)	4 (0,06)	124 (1,8)	6 (0,09)	104 (1,5)	112 (1,7)	50 (0,7)	116 (1,7)	4 (0,06)	47 (0,7)	819 (12,5)	1421 (21,7)	478 (7,3)	13 (0,1)	586 (8,9)	327 (5,0)	35 (0,5)	1 (0,01)	25 (0,3)	151 (2,3)	4 (0,06)	72 (1,1)	515 (7,8)	689 (10,5)	829 (12,6)	6536
	40-64	3 (0,04)	9 (0,13)	79 (1,2)	6 (0,09)	89 (1,3)	74 (1,1)	46 (0,7)	118 (1,8)	2 (0,03)	49 (0,7)	1146 (17,6)	1110 (17,0)	500 (7,6)	36 (0,5)	559 (8,5)	239 (3,6)	22 (0,3)	5 (0,07)	39 (0,5)	76 (1,1)	14 (0,2)	136 (2,0)	771 (11,8)	620 (9,5)	753 (11,5)	6501
	65+	1 (0,07)	2 (0,14)	12 (0,8)	2 (0,1)	23 (1,6)	8 (0,5)	8 (0,5)	44 (3,1)	0 (0,0)	13 (0,9)	298 (21,5)	161 (11,6)	216 (15,5)	3 (0,2)	173 (12,4)	31 (2,2)	1 (0,07)	0 (0,0)	2 (0,1)	20 (1,4)	0 (0,0)	20 (1,4)	182 (13,1)	104 (7,5)	61 (4,4)	1385
	Всього	8 (0,05)	15 (0,10)	215 (1,4)	14 (0,09)	216 (1,4)	194 (1,3)	104 (0,7)	278 (1,9)	6 (0,04)	109 (0,7)	2263 (15,6)	2692 (18,6)	1194 (8,2)	52 (0,3)	1318 (9,1)	597 (4,1)	58 (0,4)	6 (0,04)	66 (0,4)	247 (1,7)	18 (0,1)	228 (1,5)	1468 (10,1)	1413 (9,7)	1643 (11,3)	14422
2022	18-39	507 (5,2)	69 (0,7)	708 (7,2)	0 (0,0)	108 (1,1)	142 (1,4)	834 (8,5)	142 (1,4)	1 (0,01)	101 (1,0)	123 (1,2)	1412 (14,5)	689 (7,0)	404 (4,1)	1151 (11,8)	441 (4,5)	7 (0,07)	16 (0,1)	116 (1,1)	72 (0,7)	0 (0,0)	129 (1,3)	403 (4,1)	1591 (16,3)	543 (5,5)	9709
	40-64	425 (4,3)	46 (0,4)	761 (7,8)	1 (0,01)	132 (1,3)	85 (0,8)	379 (3,9)	139 (1,4)	2 (0,02)	60 (0,6)	158 (1,6)	1494 (15,4)	773 (7,9)	473 (4,8)	1189 (12,2)	321 (3,3)	6 (0,06)	62 (0,6)	142 (1,4)	44 (0,4)	4 (0,04)	220 (2,2)	584 (6,0)	1682 (17,3)	496 (5,1)	9678
	65+	88 (3,8)	6 (0,2)	277 (12,2)	0 (0,0)	44 (1,9)	18 (0,7)	29 (1,2)	9 (0,3)	0 (0,0)	4 (0,1)	33 (1,4)	285 (12,6)	300 (13,2)	124 (5,4)	323 (14,2)	66 (2,9)	1 (0,04)	39 (1,7)	43 (1,9)	12 (0,5)	1 (0,04)	41 (1,8)	160 (7,0)	300 (13,2)	57 (2,5)	2260
	Всього	1020 (4,7)	121 (0,5)	1746 (8,0)	1 (0,004)	284 (1,3)	245 (1,1)	1242 (5,7)	290 (1,3)	3 (0,01)	165 (0,7)	314 (1,4)	3191 (14,7)	1762 (8,1)	1001 (4,6)	2663 (12,3)	828 (3,8)	14 (0,06)	117 (0,5)	301 (1,3)	128 (0,5)	5 (0,02)	390 (1,8)	1147 (5,2)	3573 (16,5)	1096 (5,0)	21647
2023	18-39	1135 (8,2)	1347 (9,8)	1365 (9,9)	1 (0,007)	166 (1,2)	501 (3,6)	753 (5,4)	71 (0,5)	58 (0,4)	27 (0,1)	18 (0,1)	2249 (16,3)	1546 (11,2)	293 (2,1)	816 (5,9)	600 (4,3)	175 (1,2)	9 (0,06)	126 (0,9)	3 (0,21)	2 (0,01)	131 (0,9)	240 (1,7)	1752 (12,7)	331 (2,4)	13742
	40-64	1815 (10,5)	2056 (11,9)	1486 (8,6)	7 (0,04)	177 (1,0)	410 (2,3)	508 (2,9)	75 (0,4)	126 (0,7)	18 (0,1)	25 (0,1)	3045 (17,7)	2281 (13,3)	268 (1,5)	898 (5,2)	704 (4,1)	288 (1,6)	18 (0,1)	198 (1,1)	36 (0,2)	1 (0,01)	398 (2,3)	292 (1,7)	1721 (10,0)	286 (1,6)	17137
	65+	370 (9,7)	229 (6,0)	395 (10,3)	1 (0,02)	53 (1,3)	64 (1,6)	68 (1,7)	10 (0,2)	29 (0,7)	3 (0,08)	1 (0,03)	597 (15,6)	938 (24,6)	56 (1,4)	165 (4,3)	147 (3,8)	101 (2,6)	23 (0,6)	29 (0,7)	6 (0,1)	0 (0,0)	133 (3,4)	79 (2,0)	277 (7,2)	37 (0,9)	3811
	Всього	3320 (9,5)	3632 (10,4)	3246 (9,3)	9 (0,02)	396 (1,1)	975 (2,8)	1329 (3,8)	156 (0,4)	213 (0,6)	48 (0,1)	44 (0,1)	5891 (16,9)	4765 (13,7)	617 (1,7)	1879 (5,4)	1451 (4,1)	564 (1,6)	50 (0,1)	353 (1,0)	72 (0,2)	3 (0,01)	662 (1,9)	611 (1,7)	3750 (10,8)	654 (1,8)	34690

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
2024	18-39	506 (5,2)	775 (8,0)	716 (7,4)	2 (0,02)	122 (1,2)	396 (4,1)	622 (6,4)	71 (0,7)	52 (0,5)	22 (0,2)	1 (0,01)	1983 (20,5)	912 (9,4)	39 (0,4)	904 (9,3)	298 (3,0)	672 (6,9)	70 (0,7)	86 (0,8)	69 (0,7)	17 (0,1)	54 (0,5)	19 (0,2)	643 (6,6)	604 (6,2)	9655
	40-64	922 (7,1)	916 (7,1)	1054 (8,1)	41 (0,3)	323 (2,5)	280 (2,1)	401 (3,1)	99 (0,7)	142 (1,1)	50 (0,3)	2 (0,02)	2214 (17,1)	2069 (16,0)	87 (0,6)	843 (6,5)	446 (3,4)	877 (6,8)	160 (1,2)	106 (0,8)	81 (0,6)	32 (0,2)	285 (2,2)	46 (0,3)	775 (6,0)	637 (4,9)	12888
	65+	213 (6,0)	116 (3,2)	534 (15,1)	38 (1,0)	144 (4,0)	32 (0,9)	73 (2,0)	12 (0,3)	102 (2,8)	6 (0,1)	0 (0,0)	380 (10,7)	798 (22,5)	23 (0,6)	158 (4,4)	82 (2,3)	422 (11,9)	92 (2,6)	24 (0,6)	10 (0,2)	5 (0,1)	106 (3,0)	10 (0,2)	97 (2,7)	59 (1,6)	3536
	Всього	1641 (6,2)	1807 (6,9)	2304 (8,8)	81 (0,3)	589 (2,2)	708 (2,7)	1096 (4,2)	182 (0,6)	296 (1,1)	78 (0,3)	3 (0,01)	4577 (17,5)	3779 (14,4)	149 (0,5)	1905 (7,3)	826 (3,1)	1971 (7,5)	322 (1,2)	216 (0,8)	160 (0,6)	54 (0,2)	445 (1,7)	75 (0,2)	1515 (5,8)	1300 (4,9)	26079
2025 (1 кв.)	18-39	63 (3,1)	4 (0,2)	58 (2,9)	0 (0,0)	50 (2,5)	385 (19,5)	23 (1,1)	3 (0,1)	57 (2,8)	3 (0,1)	0 (0,0)	268 (13,5)	322 (16,3)	0 (0,0)	97 (4,9)	8 (0,4)	213 (10,8)	124 (6,2)	10 (0,5)	58 (2,9)	2 (0,1)	55 (2,7)	13 (0,6)	2 (0,1)	155 (7,8)	1973
	40-64	123 (3,4)	6 (0,1)	155 (4,2)	0 (0,0)	119 (3,2)	184 (5,0)	43 (1,1)	2 (0,05)	171 (4,7)	3 (0,08)	0 (0,0)	561 (15,5)	907 (25,1)	2 (0,06)	129 (3,5)	33 (0,9)	379 (10,5)	106 (2,9)	24 (0,6)	171 (4,7)	4 (0,1)	287 (7,9)	20 (0,5)	68 (1,8)	111 (3,0)	3608
	65+	42 (2,6)	0 (0,0)	80 (5,0)	1 (0,06)	62 (3,9)	9 (0,5)	6 (0,3)	2 (0,1)	84 (5,3)	1 (0,06)	0 (0,0)	185 (11,7)	604 (38,3)	1 (0,06)	29 (1,8)	5 (0,3)	184 (11,6)	16 (1,0)	5 (0,3)	58 (3,6)	0 (0,0)	157 (9,96)	6 (0,3)	35 (2,2)	5 (0,3)	1577
	Всього	228 (3,1)	10 (0,1)	293 (4,0)	1 (0,01)	231 (3,2)	578 (8,0)	72 (1,0)	7 (0,09)	312 (4,3)	7 (0,1)	0 (0,0)	1014 (14,1)	1833 (25,6)	3 (0,04)	255 (3,5)	46 (0,6)	776 (10,8)	246 (3,4)	39 (0,5)	287 (4,0)	6 (0,08)	499 (6,9)	39 (0,5)	105 (1,4)	271 (3,7)	7158
Всього (2020-2025)	18-39	2215 (5,0)	2207 (5,0)	3004 (6,8)	11 (0,02)	551 (1,2)	1536 (3,5)	2284 (5,2)	403 (0,9)	175 (0,4)	203 (0,4)	1269 (2,9)	7869 (18,0)	4490 (10,3)	750 (1,7)	3571 (8,1)	1918 (4,4)	1109 (2,5)	221 (0,5)	369 (0,8)	411 (0,9)	25 (0,06)	444 (1,0)	1205 (2,7)	4786 (10,9)	2582 (5,9)	43608
	40-64	3288 (6,3)	3038 (5,8)	3548 (6,8)	55 (0,1)	840 (1,6)	1034 (2,0)	1384 (2,6)	434 (0,8)	444 (0,8)	182 (0,3)	1745 (3,3)	8729 (16,9)	7011 (13,5)	868 (1,6)	3620 (7,0)	1961 (3,8)	1580 (3,0)	360 (0,7)	510 (0,9)	445 (0,8)	55 (0,1)	1329 (2,5)	1752 (3,3)	4978 (9,6)	2417 (4,6)	51607
	65+	715 (5,4)	353 (2,7)	1299 (9,9)	42 (0,3)	326 (2,5)	131 (1,0)	185 (1,4)	77 (0,5)	215 (1,6)	29 (0,2)	428 (3,2)	1647 (12,6)	3071 (23,6)	207 (1,5)	848 (6,5)	394 (3,0)	711 (5,4)	171 (1,3)	103 (0,7)	112 (0,8)	6 (0,05)	457 (3,5)	443 (3,4)	816 (6,2)	229 (1,7)	13015
	Всього	6218 (5,7)	5598 (5,1)	7851 (7,2)	108 (0,09)	1717 (1,5)	2701 (2,4)	3853 (3,5)	914 (0,8)	834 (0,7)	414 (0,3)	3442 (3,1)	18245 (16,8)	14572 (13,4)	1825 (1,6)	8039 (7,4)	4273 (3,9)	3400 (3,1)	752 (0,6)	982 (0,9)	968 (0,8)	86 (0,08)	2230 (2,0)	3400 (3,1)	10580 (9,7)	5228 (4,8)	108230

кроках: по-перше, стандартизація алгоритму скринінгу у всіх регіонах; по-друге, моніторинг виконання зобов'язань закладів охорони здоров'я щодо охоплення скринінгом цільових груп; по-третє, впровадження системи аудиту та публічної звітності за результатами програми. Безперечно, успішна реалізація цих заходів сприятиме зниженню захворюваності та смертності від раку шийки матки, поліпшенню репродуктивного здоров'я українських жінок, зменшенню онкологічного навантаження на систему охорони здоров'я загалом.

Аналізуючи детально показники за віковими групами у 2020–2025 роках, слід насамперед зосередитися на найчисельнішій когорті – жінках віком 40–64 роки, адже саме ця група визнана основною цільовою категорією у всіх рекомендаціях щодо популяційного скринінгу раку шийки матки. Усього за вказаний період у даній віковій категорії пройшли скринінг 51 607 жінок, що становить 47,7% від загальної кількості обстежених. Динаміка охоплення в цій групі демонструє чітке нарощування темпів у 2022–2023 роках. Зокрема, у 2020 році лише 1 795 жінок цієї вікової категорії пройшли скринінг (що становить надзвичайно низький рівень – близько 0,04% від потенційної популяції), у 2021 – вже 6 501, у 2022 – 9 678, у 2023 – пік 17 137, що більш ніж у дев'ять разів перевищує показник початкового року. Це свідчить про відновлення функціонування медичної системи після пандемічного спаду, а також ефективність впровадження у 2021–2022 роках інформаційних кампаній, що сприяли підвищенню обізнаності населення. У 2024 році спостерігалось зниження до 12 888, проте все ще утримувався високий рівень охоплення. За I квартал 2025 року обстежено вже 3 608 жінок, що дозволяє прогнозувати наближення до 15 000 при збереженні темпів.

Розглядаючи регіональні особливості, можна виділити п'ять лідерів за загальною кількістю обстежених жінок у віковій категорії 40–64: м. Київ (8 729), Львівська область (7 011), Одеська область (3 620), Дніпропетровська область (3 548), Полтавська область (1 961). Кожен із цих регіонів демонструє системну роботу в організації доступу жінок до скринінгу – це видно з відсутності різких провалів у динаміці. Наприклад, у Києві щорічно обстежується понад 1 500–2 000 жінок, що є результатом наявності спеціалізованих кабінетів, електронної реєстрації, зручного графіку роботи амбулаторій. Водночас низькі показники у Луганській (1 745), Кіровоградській (182), Чернівецькій (816) та особливо Донецькій (55) областях свідчать про недостатню організацію процесу або про об'єктивні обмеження у доступі до послуг.

Вікова категорія 18–39 років посідає друге місце за чисельністю скринінгованих – 43 608 жінок, що становить 40,3% від загального показника. Молоді жінки є важливою цільовою групою в контексті виявлення дисплазій I–II ступеня, а також в аспекті профілактики інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ). У цій групі динаміка ще більш показова: від лише 1 993 у 2020 році – до 6 536 у 2021, 9 709 у 2022, і рекордних 13 742 у 2023 році. У 2024 спостерігається зниження до 9 655, а у першому кварталі 2025 – 1 973. Попри це, у порівнянні з початковим періодом, відбулося майже

семикратне зростання охоплення. Це пояснюється, з одного боку, інформаційними кампаніями, спрямованими на молодих жінок, а з іншого – поступовим формуванням у населення культури превентивної медицини.

У регіональному розрізі лідерами за кількістю скринінгів у групі 18–39 років стали Київ (7 869), Львівська область (4 490), Одеська (3 571), Дніпропетровська (3 004) та Вінницька області (2 215). Високі показники у Львівській та Вінницькій областях пояснюються активною роботою жіночих консультацій, які інтегрували скринінг у щорічний огляд жінок. У багатьох випадках скринінг був проведений одночасно з УЗД органів малого таза або консультацією щодо контрацепції, що підвищувало його доступність.

Категорія жінок віком 65 і більше років є найменш чисельною в обсягах скринінгу – лише 13 015 обстежених за п'ять років, або 12,0% від загальної кількості. І хоча ці жінки з точки зору репродуктивної активності вже не належать до групи ризику CIN, проте мають високий ризик прогресування вже наявних неоплазій, зокрема при хронічних запальних процесах або вірусних ураженнях, які могли залишитися недиагностованими у попередні роки. Найвищі показники виявлено в м. Києві (1 647), Львівській області (3 071) та Дніпропетровській області (1 299). Водночас 10 регіонів не досягли навіть 200 обстежених за п'ять років. Особливе занепокоєння викликає той факт, що в 2020 та 2021 роках в окремих регіонах кількість скринінгів у групі 65+ становила лише одиниці. Такий стан речей не відповідає принципам рівного доступу до медичних послуг.

Слід також зазначити, що у 2023–2024 роках у ряді регіонів, зокрема у Черкаській, Полтавській та Рівненській областях, спостерігається активне зростання частки скринінгу саме серед жінок старшого віку. Наприклад, у Рівненській області у 2024 році було обстежено 422 жінки віком 65+, що майже у 10 разів перевищує аналогічний показник за 2021 рік. Це може бути наслідком таргетованих інформаційних кампаній або мобільних програм обстежень за місцем проживання.

Таким чином, вікова структура скринінгу демонструє певну відповідність клінічним орієнтирам, однак потребує подальшої оптимізації. Особливо важливо уникнути дискримінації жінок літнього віку, які часто виключаються зі скринінгових програм за формальними віковими критеріями. В умовах зростання тривалості життя та зміни соціального профілю старшого населення варто розглянути можливість персоналізованого підходу – з урахуванням анамнезу, онкопатології в родині, даних про перенесені інфекції, ВПЛ-статусу.

Протягом шести років загалом у 26 адміністративно-територіальних одиницях України (25 областей та м. Київ) було проведено 108 230 скринінгових обстежень. Цей показник є загальнонаціональним і охоплює усі вікові категорії, однак розподіл за регіонами демонструє глибоку нерівномірність, як в абсолютному, так і у відносному вимірах. Річна динаміка по регіонах свідчить про те, що не лише загальний рівень охо-

плення є критичним показником, а й темпи зростання, стійкість до зовнішніх викликів (як-от COVID-19 чи війна), та реактивність організаційної структури на зміну епідемічної ситуації.

Найвищу сукупну кількість скринінгів за 2020–2025 роки зареєстровано в місті Київ – 18 245 випадків (16,8% від загальної кількості в Україні). Київ стабільно демонстрував високі показники впродовж усього періоду. Зокрема, у 2023 році в столиці було проведено понад 5 891 обстеження, що на 40% перевищує середній обласний рівень того ж року. Це пояснюється, передусім, високим рівнем урбанізації, широкою мережею амбулаторно-поліклінічних закладів, наявністю приватних медичних центрів, а також застосуванням електронної системи запису на обстеження. Крім того, мешканки Києва мають вищий рівень медичної грамотності, що підвищує прихильність до профілактичних програм.

На другому місці за охопленням – Львівська область (14 572 обстеження або 13,4%), яка протягом усього періоду демонструвала стабільне зростання. Цей регіон вирізняється високим рівнем координації первинної та вторинної ланок медицини, активною участю громадських організацій та наявністю добре налагодженого алгоритму направлення від сімейного лікаря до гінеколога. Також у Львові та прилеглих містах працює декілька спеціалізованих закладів, де проводиться ПАП-тестування, рідинна цитологія та ВПЛ-тестування, що підвищує точність скринінгу та довіру населення.

Третє місце за кількістю скринінгів посіла Одеська область – 8 039 випадків (7,4%). Характерною особливістю Одеського регіону є виразна концентрація обстежень у великих містах та курортних зонах, у той час як сільські райони мають гірший доступ до послуг. Це створює регіональні «острови охоплення» серед загального поля недосяжності. Водночас слід відзначити, що саме Одеса запровадила пілотну програму мобільних скринінгових кабінетів у 2022 році, що, ймовірно, забезпечило зростання показника у 2023 році.

До регіонів із середнім рівнем охоплення слід зарахувати Дніпропетровську (7 851 обстеження), Полтавську (4 273), Харківську (3 400), Вінницьку (6 218) та Волинську області (5 598). Ці області мали досить рівномірну динаміку протягом років із деяким зниженням у 2020 році та стабільним зростанням у 2022–2023. Наприклад, у Полтавській області у 2023 році було проведено 1 879 обстежень, а в 2024 – 826, що вказує на часткове вичерпання цільової когорти жінок або перерозподіл ресурсів.

Крім того, можна відзначити Рівненську, Хмельницьку, Миколаївську області як регіони з помірним рівнем скринінгу – по 3 000–4 000 обстежень за п'ять років. У цих регіонах працюють спеціалізовані медичні установи, однак рівень залучення первинної ланки залишався недостатнім, особливо в сільських районах. Суттєвим викликом також є висока трудова міграція – жінки працездатного віку, особливо молодші, відсутні в регіоні під час проведення запланованих кампаній.

На протилежному полюсі – регіони з українськими показниками. Донецька область продемонстру-

вала найнижчий загальний рівень скринінгу – лише 108 обстежень за п'ять років. Цей показник є критично низьким і пояснюється об'єктивними причинами: активні бойові дії, евакуація населення, руйнування медичної інфраструктури. Аналогічна ситуація спостерігається в окремих районах Луганської області, яка хоча й провела 3 442 обстеження, однак більшість із них сконцентровано в 2–3 безпечних населених пунктах.

Інші регіони з критично низькими показниками – Кіровоградська (414), Чернівецька (816), Сумська (982) області. У цих областях, попри відсутність активних бойових дій, рівень охоплення скринінгом залишається низьким, що, ймовірно, пов'язано з кадровим дефіцитом, слабкою матеріально-технічною базою та недостатньою інформаційною підтримкою. Варто також зазначити, що в ряді регіонів (напр., Тернопільська, Черкаська, Херсонська області) спостерігається різка зміна показників між роками, що вказує на відсутність сталої організації процесу.

Інтерпретація виявлених регіональних диспропорцій свідчить про необхідність реформування підходу до національного моніторингу: сьогоденні механізми збору та аналізу даних не дозволяють в режимі реального часу ідентифікувати «сліпі плями» системи. Запровадження електронної медичної карти із можливістю моніторингу профілактичних заходів, автоматичні нагадування, система індикаторів для закладів охорони здоров'я, прив'язаних до фінансування – усе це здатне значно покращити ситуацію.

Загалом аналіз динаміки показав, що найбільше обстежень було проведено у 2023 році – 34 690 випадків, що стало рекордом за весь період. У більшості регіонів це був «піковий» рік, що відображає успішну адаптацію медичної системи після COVID-19 та нарощування інтенсивності в рамках урядових ініціатив. Проте у 2024 році в деяких регіонах спостерігалось зниження – це вимагає подальшого вивчення причин: чи йдеться про реальне зменшення попиту, чи про системну втому організацій.

Насамперед було розраховано середнє річне охоплення по країні. За п'ять років середнє значення становило 18 038 жінок щорічно. При цьому варіація між роками була значною: у 2020 році проведено лише 4 234 обстеження, тоді як у 2023 – 34 690. Таким чином, коефіцієнт варіації за загальним річним охопленням становить понад 62%, що вказує на істотну нестабільність процесу. Причини цього – пандемія, перехід до нових форматів організації медичної допомоги, зміна системи фінансування (запровадження Програми медичних гарантій), війна, внутрішня міграція.

Окремо проаналізовано динаміку по вікових групах. У категорії 40–64 років середній річний обсяг становив 8 601 обстеження, що є найвищим серед усіх вікових груп. Темп приросту з 2020 по 2023 рік був позитивним – у середньому +6 780 жінок щороку, що вказує на активну політику держави щодо фокусування на цій групі. Однак у 2024 році відбулося зниження на 4 249 обстежень (–24,8%), що є тривожним сигналом про можливе виснаження ресурсів або ослаблення організаційної вертикалі.

Вікова група 18–39 років демонструє середній темп приросту у +2 958 обстежень щорічно (2020–2023), що дозволяє прогнозувати досягнення 15 000 обстежень на рік у перспективі. Однак у 2024 відбулося значне зниження (–30%), що зумовлює необхідність повторного акценту в інформаційній політиці, зокрема на молодих жінках репродуктивного віку, які схильні відкладати проходження обстеження через відсутність симптомів.

Група 65+ має найнижчі абсолютні та відносні показники: середньорічне охоплення складає лише 2 169 жінок, а коефіцієнт варіації сягає 75%, що говорить про відсутність стабільності. У більшості регіонів ця група не включена до регулярних програм або обслуговується пасивно, за власною ініціативою пацієнток. Це вимагає перегляду підходів до обстеження жінок старшого віку, можливо – через створення цільових виїзних бригад або спрощених форматів проведення скринінгу.

Оцінка регіональної варіації охоплення показала ще вищий ступінь розкиду. Наприклад, у Києві протягом 6 років обстежено 18 245 жінок, тоді як у Донецькій області – лише 108. Отже, коефіцієнт варіації між регіонами за весь період становить понад 110%, що свідчить про вкрай нерівномірну доступність послуг. Це є прямим порушенням принципу рівності доступу до медичної допомоги, закріпленого Конституцією України та законодавством у сфері охорони здоров'я.

Для з'ясування, наскільки узгоджено розвиваються охоплення різних вікових груп, було проведено розрахунок кореляції між кількістю обстежень у групах 18–39 та 40–64 років по кожному регіону. Отримане значення коефіцієнта Пірсона становить $r = 0,87$, що свідчить про високий ступінь позитивної залежності. Тобто, у регіонах, де активно охоплюють жінок середнього віку, паралельно спостерігається високий рівень участі молодших жінок. Це підтверджує тезу про ефективність системного підходу, коли однакові управлінські рішення (наявність планів, маршрутизація, кадровий склад) одночасно впливають на різні групи.

Натомість між групою 65+ та молодшими категоріями кореляція слабка – коефіцієнт r становить лише 0,42, що вказує на автономність процесу. Скринінг старших жінок, найімовірніше, не є результатом системної роботи, а має випадковий або спорадичний характер. Це підтверджується спостереженнями: лише у кількох регіонах (Київ, Львів, Полтава) можна простежити структуровану динаміку зростання в цій групі.

На завершення варто зазначити, що для оцінки ефективності програми скринінгу важливо доповнювати кількісні показники результатами діагностичних знахідок – частотою виявлення CIN II–III, частотою раку *in situ* та інвазивного раку на ранніх стадіях. Проте навіть без цих даних можна констатувати: попри зростання загального охоплення, система потребує покращення в сфері планування, стандартизації та оцінки результатів.

Передусім, необхідно констатувати, що за аналізований період спостерігалася суттєве зростання охоплення скринінговими обстеженнями, особливо у 2022–2023 роках. Це свідчить про поступове

відновлення та зміцнення системи охорони здоров'я після пандемії COVID-19, а також про ефективність національних стратегій профілактики онкозахворювань. Водночас нерівномірність динаміки, глибокі регіональні диспропорції, різке зниження обсягів у деяких вікових групах у 2024 році – все це вказує на недостатню сталість та системність процесу.

З клінічної точки зору, оптимальним є фокусування скринінгу на жінках віком 40–64 роки, які становлять групу найвищого ризику виникнення та прогресування передракових станів. У цій групі спостерігалася найвища частка охоплення (понад 47%), а також найвища стабільність річних показників. Це підтверджує, що саме ця когорта є найбільш досяжною та найбільш готовою до участі в програмах профілактики. Проте молодші жінки у віці 18–39 років продемонстрували динаміку, що випереджає очікування: майже 44 тисячі обстежених за п'ять років, при чому з високими темпами приросту до 2023 року. Це дозволяє зробити висновок, що цю вікову категорію доцільно і надалі розглядати як потенційно перспективну з точки зору включення до постійного скринінгу, особливо у випадках з підтвердженням ВПЛ або порушенням менструального циклу.

Найбільш вразливою залишається група жінок віком 65+. Низьке охоплення цієї групи в більшості регіонів є прямим наслідком відсутності чіткої державної позиції щодо доцільності скринінгу у старшому віці. Проте світовий досвід демонструє, що у країнах із тривалим середнім віком життя, де жінки живуть понад 75 років і мають активне соціальне життя, скринінг у віці 65+ є виправданим. Особливо це стосується жінок, які не проходили регулярних обстежень у молодому віці. Отже, слід переосмислити поточні вікові обмеження та запровадити механізм «індивідуального ризику», коли рішення про скринінг приймається не лише за віком, а й за анамнезом та іншими клінічними факторами.

З організаційного погляду, одним із головних бар'єрів залишається нерівномірність регіонального охоплення. Між Києвом та Донецькою областю – різниця в понад 150 разів за кількістю обстежених жінок. Така різниця є неприпустимою та вимагає втручання з боку центрального рівня – у вигляді перерозподілу фінансування, спрямованих державних програм та мобільних скринінгових бригад у важкодоступні райони. Наявність великої кількості областей з охопленням менш ніж 1 000 жінок за п'ять років свідчить про практичну відсутність програмного підходу.

Крім того, обов'язковим кроком є впровадження єдиного електронного реєстру скринінгу, інтегрованого з електронною медичною картою. Це дозволить автоматизувати планування, контролювати повторюваність обстежень, уникати дублювання та формувати популяційні ризики. Варто також запровадити механізм «електронного запрошення» – коли пацієнтка отримує сповіщення на телефон або електронну пошту про необхідність пройти обстеження. Така практика вже успішно працює у багатьох країнах ЄС.

Слід також удосконалити маршрутизацію пацієнтів. Сімейний лікар повинен мати чіткий алгоритм направлення жінки на скринінг, із фіксацією у медичній інфор-

маційній системі, термінами, контрольними датами та відповідальністю за виконання. Жіночі консультації мають перейти до активного диспансерного нагляду, де на кожного лікаря акушера-гінеколога припадає чітко визначена кількість жінок, що підлягають обстеженню. Така модель дозволяє організовувати скринінг не пасивно, а проактивно – за списками.

Особливу увагу слід приділити професійній підготовці персоналу. Необхідно посилити навчання щодо забору матеріалу, правильного оформлення документів, трактування результатів та ведення пацієнток із виявленими змінами. Стандарти мають бути єдиними – з урахуванням міжнародних протоколів (Bethesda, WHO, ESGO).

Не менш важливим є компонент просвіти населення. В Україні ще досі високий рівень недовіри до профілактичної медицини, стигматизація гінекологічних процедур, а також відсутність розуміння, що скринінг – це не діагностика, а профілактика. Варто створити національну інформаційну кампанію, яка охоплюватиме соціальні мережі, ЗМІ, рекламу в громадських місцях. Кожна жінка повинна знати, що з 25 до 65 років (а в окремих випадках і довше) вона має право і потребу проходити цервікальний скринінг.

Висновки

Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення новоутворення шийки матки в Україні за 2020–2025 роки демонструє позитивну загальну динаміку, особливо у 2022–2023 роках. Найвищі рівні охоплення спостерігаються серед жінок віком 40–64 роки, однак молоді жінки також активно включаються в процес. Жінки віком 65+ мають критично низький рівень обстеження, що вимагає ревізії підходів та створення адресних програм.

Регіональні відмінності залишаються основною проблемою скринінгової системи, що свідчить про необхідність державного втручання. Ефективність скринінгу значною мірою залежить від стандартизації процесу, електронного контролю, підготовки кадрів та просвітницької роботи.

Найефективніше працює система скринінгу в регіонах з розвинутою інфраструктурою первинної ланки, наявністю міжсекторальної взаємодії та цифровими інструментами обліку. Водночас зберігаються проблеми низького охоплення жінок старших вікових груп, значні регіональні диспропорції та недостатня сталість динаміки після 2023 року. Для підвищення ефективності скринінгу рекомендовано:

- запровадити єдиний електронний реєстр профілактичних обстежень;
- розширити програми мобільного скринінгу для малодоступних груп;
- забезпечити мотивацію та інформування жінок через сімейних лікарів;
- оновити стандарти скринінгу із залученням психоосвітніх компонентів;
- здійснити нормативне закріплення ролі первинної ланки у скринінговому процесі.

Комплексне впровадження зазначених заходів дозволить підвищити якість, доступність і результатив-

ність раннього виявлення дисплазії шийки матки, що є ключовим для зниження онкологічного навантаження на жіноче населення України.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Додаткового фінансування не було.

Список літератури

1. Кондратюк В. К., Горбань Н. Є., Коблош Н. Д. Сучасні стратегії профілактики раку шийки матки. Реалії сьогодення (огляд літератури). *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*, 2021, 4 (88): 60–65.
2. Дубров С. О., та ін. Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки. Клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр МОЗ України, 2024, 146.
3. Радзішевська Є. Б., та ін. Фактори ризику локального і віддаленого метастазування та показники виживаності хворих на місцево-розповсюджений рак шийки матки Український радіологічний та онкологічний журнал, 2023, 31.2: 175–189.
4. Лебеденюк В. В. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки відповідно до національних стандартів 2024 року (клінічний випадок). *Ukrainian Journal «Health of Woman»*, 2024, 6 (175): 83–88.
5. Ільченко В. І. Актуальність проблеми поширення папіломавірусу на сучасному етапі. Репродуктивне здоров'я жінки, 2024, 4: 16–21.
6. Рингач Наталія. Два роки пандемії COVID-19 в Україні: зміни смертності внаслідок новоутворень. *Demography and social economy*, 2022, 49.3: 26–45.
7. Котвітська А. А. та ін. Дослідження рівня обізнаності фармацевтичних працівників щодо питань вакцинації проти вірусу папіломи людини та ролі фармацевта у профілактиці раку шийки матки. *Social Pharmacy in Health Care*, 2024, 10.1: 3–10.
8. Гандзюк Н. М.; Теренда Н. О. Основні тенденції і прогностичні оцінки смертності та захворюваності на онкогінекологічну патологію у жінок репродуктивного віку в Україні й Тернопільській області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2021, 2.88: 13–17.

References

1. Kondratiuk, V. K.; Horban, N. Ye.; Koblosh, N. D. (2021). *Suchasni stratehii profilaktyky raku shyiky matky. Realii siodennia (ohliad literatury)* [Modern strategies for the prevention of cervical cancer]. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*, 4 (88): 60–65. [in Ukrainian].
2. Dubrov, S. O. (2024). *Skryinh raku shyiky matky. Vedennia patsientok z anomalnyimi rezultatamy skryinhu ta peredrakovymy stanamy shyiky matky. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh*. [Cervical cancer screening. Management of patients with abnormal screening results and precancerous conditions of the cervix]. *Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy*, 146 [in Ukrainian].
3. Radzishevskaya, Ye. B. (2023). *Risk factors of local recurrence and distant metastasis and manifestations of toxicity during chemoradiation treatment of cervical cancer patients* [Risk factors for local and distant metastasis and survival rates of patients with locally advanced cervical cancer *Ukrainian Journal of Radiology and Oncology*]. *Ukrainskyi radiolohichnyi ta onkolohichnyi zhurnal*, 31.2: 175–189 [in Ukrainian].

4. Lebedyuk, V. V. (2024). Vedennia patsientok z anomalnymy rezultatamy skryninhu ta peredrakovymy stanamy shyiky matky vidpovidno do natsionalnykh standartiv 2024 roku (klinichniy випадок) [Management of patients with abnormal screening results and precancerous conditions of the cervix in accordance with national standards of 2024]. *Ukrainian Journal «Health of Woman»*, 2024, 6 (175): 83–88 [in Ukrainian].

5. Ilchenko, V. I. (2024). Aktualnist problemy poshyrennia papilomavirusu na suchasnomu etapi [The relevance of the problem of the spread of papillomavirus at the present stage]. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*, 4, 16–21. [in Ukrainian].

6. Ryngach, N. (2022). Dva roky pandemii COVID-19 v Ukraini: zminy smernosti vnaslidok novoutvoren [Two years of the COVID-19 pandemic in Ukraine: changes in mortality due to tumors]. *Demography and social economy*, 49.3: 26–45 [in Ukrainian].

7. Kotvitska, A. A. (2024). Doslidzhennia rinvia obiznanosti farmatsevychnykh pratsivnykiv shchodo pytan vaktsynatsii proty virusu papilomy liudyny ta roli farmatsevtu u profilaktytsi raku shyiky matky. [A study of the level of awareness of pharmacists regarding vaccination against human papillomavirus and the role of pharmacists in the prevention of cervical cancer]. *Social Pharmacy in Health Care*, 10.1: 3–10 [in Ukrainian].

8. Handziuk, N. M.; Terenda, N. O. (2021). Osnovni tendentsii i prohnozni otsinky smernosti ta zakhvoriuvanosti na onkohinekolohichnu patolohiiu u zhinok reproduktyvnoho viku v Ukraini y Ternopilskii oblasti. [The main trends and forecast estimates of mortality and morbidity of gynecologic oncology in women of reproductive age in Ukraine and Ternopil region]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*, 2.88: 13–17. [in Ukrainian].

Information about the author:

Tokar Petro Yuriiovich, Doctor of Philosophy in Health Care in specialty “Medicine”, Assistant of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5862-4532>, tokar.petro@bsmu.edu.ua