

АКЦЕНТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

КВІТЕНЬ-ТРАВЕНЬ-ЧЕРВЕНЬ 2025 №2



«МОЗ уклало 11 угод з країнами-партнерами у сфері охорони здоров'я на виконання безпекових документів», —

Віктор ЛЯШКО

«На відбудову мед-системи України треба 19,4 мільярди доларів і 10 років», —

Ярно ХАБІХТ

«Ми будемо систему, яка зможе протистояти будь-яким біологічним загрозам», —

Михайло РАДУЦЬКИЙ

Фото: ДСНС України

«АКЦЕНТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» / «PUBLIC HEALTH ACCENTS» публіцистичний журнал

ЗАСНОВНИК: ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ
З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

Руслан САВЧУК	шеф-редактор Голова Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я
Ірина ТИМЧИШИН	головна редакторка Журналістка
Віктор ЛЯШКО	член редколегії Міністр охорони здоров'я України
Ігор КУЗІН	член редколегії Заступник міністра охорони здоров'я України, головний державний санітарний лікар України
Шарлотта МАРШАНДІЗ	членкиня редколегії Виконавча директорка Європейської асоціації громад- ського здоров'я
Вільям ААРОНСОН	член редколегії Університет Темпл, США
В'ячеслав КАМІНСЬКИЙ	член редколегії Ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
Федір ЛАПІЙ	член редколегії Голова Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики в Україні
Іван МИРОНЮК	член редколегії Проректор з наукової роботи Ужгородського національного університету

Макетування журналу: Андрій ДЖИГІТА
Літературний редактор: Оксана МИХАЙЛОВА
АДРЕСА РЕДАКЦІЇ: вул. Мазепи, буд. 72, офіс 4, м. Івано-Франківськ, 76018
Телефон: +380 (97) 007 70 40
Електронна пошта: accents_ph@vafgz.org.ua

ВИХІДНІ ДАНІ:
Друк: ТОВ «КСЕРОГРАФ»
Телефон: +380 (67) 203 04 20
Електронна пошта: xerograf.if@gmail.com
Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Івасюка, 11
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 8196 від 22.10.2024 р.
Наклад: 500 примірників.
Періодичність виходу — 4 рази на рік.
Територія розповсюдження примірників — територія України та територія поза межами державного кордону України.
Спосіб розповсюдження примірників — безкоштовне розповсюдження (продаж заборонено).
Мова (мови) розповсюдження — українська, англійська.

Думка редакції може не збігатися з думкою автора. Редакція не відповідає за достовірність та тлумачення наведеної в публікаціях інформації і виконує винятково роль носія.





Дорогі колеги, партнери, читачі!

Перед вами другий номер публіцистичного журналу «Акценти громадського здоров'я». Ми продовжуємо наш шлях, розпочатий в один із найскладніших періодів української історії. Цей випуск присвячено тим, хто сьогодні на передовій захисту не лише території, а й суспільного здоров'я у найширшому сенсі цього слова.

Основною тематикою номера є реагування на кризи та надзвичайні ситуації, зокрема ті, які спричинені війною. Тут ви знайдете приклади, як українські державні інституції, місцева влада, громадянське суспільство і професійні спільноти змінюються, адаптуються, згуртовуються, щоб у надзвичайних умовах і далі виконувати свою місію — захищати життя, здоров'я та гідність людей.

Ми говоримо про виклики, які ще донедавна здавалися немислимыми: евакуацію медичних закладів під обстрілами, організацію водопостачання після підризу критичної інфраструктури, забезпечення санітарно-епідеміологічного контролю в умовах фронту та окупації. Але водночас ми показуємо і приклади рішень, людської витримки, ефективної взаємодії та лідерства, без яких неможливе функціонування системи громадського здоров'я у критичні моменти.

Вірю, що цей номер буде корисним і фахівцям, і управлінцям, і всім, хто працює для людей. Адже навіть у найтемніші часи людське життя залишається найвищою цінністю, і наше з вами завдання — не допустити, щоб воно знецінювалось.

Дякую кожному, хто долучився до підготовки цього випуску. І запрошую до подальшої співпраці в майбутніх номерах.

З вірою в силу фахової спільноти

Руслан САВЧУК

***Голова Правління
Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я
Шеф-редактор журналу
«Акценти громадського здоров'я»***

1 жовтня 2023 року вступив у дію **Закон України №2573 «Про систему громадського здоров'я»**. Закон дозволяє створити комплексну систему громадського здоров'я та інтегрувати її в європейську мережу відповідно до світових стандартів.

Система громадського здоров'я поєднує зусилля громад регіонів та наявні потужності закладів охорони здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб з метою захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних хвороб, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я на рівні регіонів, забезпечення епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного добробуту населення, промоція здорового способу життя.

Крім того, Закон України «Про систему громадського здоров'я» вперше вводить в обіг принцип «єдиного здоров'я». Йдеться про постійну співпрацю та взаємодію у галузі медицини, ветеринарії, безпеки харчових продуктів та питної води, захисту довкілля.

Втілення комплексного підходу до забезпечення громадського здоров'я має сприяти зміцненню здоров'я, запобіганню хворобам, покращенню якості та збільшенню тривалості життя українців, зокрема, завдяки пріоритетній функції — профілактиці інфекційних і неінфекційних захворювань та доступу до послуг з імунопрофілактики. Такий підхід обрали європейські країни, де середня тривалість життя чоловіків становить 72 роки, жінок — 80. Натомість показники України за останні 20 років лишаються в середньому на п'ять років нижчі від європейських.

За матеріалами moz.gov.ua

ЗМІСТ

6	МОЗ реалізує медичний напрям безпечових угод: вже підписано 11 міжнародних документів з країнами-партнерами	40	Моніторинг та реагування на небезпеки	70	Юлія ЛАПА: «Гранти як рушійна сила підготовки молодих спеціалістів у медицині»
8	Ярно ХАБІХТ: «На відбудову медсистеми України треба 19,4 мільярди доларів і 10 років»	42	Епідеміологічне реагування на хімічне та мікробіологічне забруднення річок Сейм і Десна: досвід Чернігівського ОЦКПХ	72	Дмитро СТЕПАНСЬКИЙ: «Україна у боротьбі з поліомієлітом: ризики та шляхи до стійкості»
12	Київська та Івано-Франківська області отримали сучасне медобладнання і спеціалізований транспортний засіб	44	«ОХМАДИТ»: РІК ПОТОМУ (історії лікарів, які під час та після ракетної атаки продовжували рятувати своїх пацієнтів та клініку)	74	Яна ТЕРЛЕЄВА: «Туберкульоз — це не тільки про ліки. Це про суспільну відповідальність»
14	Михайло РАДУЦЬКИЙ: «Ми будуємо систему, яка зможе протистояти будь-яким біологічним загрозам»	54	Ігор КУЗІН: «Зміни в національному Календарі профілактичних щеплень з 2026 року: крок до сучасної системи імунoproфілактики»	76	Фтизіатрія під обстрілами. Історія одного центру, що тримає медичну оборону на Донеччині
16	Системи реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я: виклики, рішення та європейський курс розвитку	56	Вакцинація — безпека нації!	78	Авдіївська лікарня: евакуація крізь війну. Київ став прихистком, але серце — на Донеччині
18	Рьодзі НОРИТАКЕ: «Система загального медичного страхування в Японії дозволяє людям звертатися по медичну допомогу без вагань навіть під час катастроф»	58	Полтавський центр знань з неінфекційних захворювань — унікальний хаб	80	Андрій ВИТРИХОВСЬКИЙ: «Синдром професійного емоційного вигорання і військовий стан — паралелі»
21	КАТАСТРОФА, ЯКА ЗМІНИЛА ХІД ІСТОРІЇ ТА ЕКОСИСТЕМУ ЦІЛОГО РЕГІОНУ	59	Дбаємо про здоров'я: медична допомога у віддалених громадах Полтавщини	82	Фронт епідемічного захисту: робота Житомирського ЦКПХ у деокупованих громадах
25	Найбільша рукотворна катастрофа в Європі: випробування на стійкість та спільна робота на результат	60	Швидкість та професійність дій — шлях до успіху	84	Вистояли у найважчий час
28	Досвід роботи Запорізького ОЦКПХ в умовах загрози радіаційної аварії на Запорізькій АЕС	61	Оперативне реагування на надзвичайні ситуації у громадському здоров'ї: депутати Європарламенту обмінялися досвідом з українськими фахівцями	86	«День здоров'я» на Івано-Франківщині: понад 96 тисяч медичних послуг отримали мешканці громад від обласного ЦКПХ
31	Моніторинг атмосферного повітря ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» в умовах воєнного стану 2022-2024 років	62	Предиктори захворюваності на вірусний гепатит С в Україні: результати математичного моделювання	88	Вивчення особливостей епідпроцесу при підшкірному дифтеріозі серед населення Рівненської області за 2005-2024 роки
34	Вирішення радіаційних та ядерних загроз у регіоні: сучасні виклики та механізми реагування	64	Моніка БРІНЗАК: «Робота у сфері громадського здоров'я надзвичайно мотивує, адже вона пов'язує науку, політику та людей»	90	Щодо поширеності абдомінального ожиріння серед жінок Одеської області
36	Готовність до надзвичайних ситуацій: професіоналізм і оперативність у дії	66	Україна долучилася до Європейського тижня громадського здоров'я: масштаб перевищив очікування	92	ПОШРАМОВАНИЙ, АЛЕ НЕ-СКОРЕНИЙ — ЯК ХАРКІВ ПЕРЕЖИВАЄ ТРИ РОКИ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ
38	Шум, радіація чи віруси — у лабораторіях Тернопільщини досліджують усе	68	Анатолій ГРИНЗОВСЬКИЙ: «Готовність, реагування та управління в надзвичайних ситуаціях» — сертифікатна програма, що готує фахівців громадського здоров'я	96	Тримають стрій. Як Харківський ОЦКПХ бореться за здоров'я під обстрілами
				100	Календар медицини



МОЗ РЕАЛІЗУЄ МЕДИЧНИЙ НАПРЯМ БЕЗПЕКОВИХ УГОД: ВЖЕ ПІДПИСАНО 11 МІЖНАРОДНИХ ДОКУМЕНТІВ З КРАЇНАМИ-ПАРТНЕРАМИ

Міністр охорони здоров'я Віктор ЛЯШКО взяв участь у нараді керівників закордонних дипломатичних установ України. Зустріч відбулася за участі Президента України Володимира ЗЕЛЕНСЬКОГО під гаслом «Від сили дипломатії до дипломатії сили».

Під час наради учасники зосередились на пріоритетних напрямках зовнішньої політики в умовах війни.

Один із ключових пріоритетів, на якому акцентував Президент Володимир Зеленський у своєму виступі, — активна реалізація двосторонніх безпекових угод, укладених між Україною та іншими державами відповідно до Спільної декларації країн «Групи семи» від 12 липня 2023 року. Наразі Україна підписала вже 28 безпекових угод.

Йдеться про стратегічне партнерство, спрямоване на підвищення стійкості та спроможностей України в умовах російської агресії у різних сферах, зокрема й в охороні здоров'я. Відповідно, Міністерство охорони здоров'я активно працює над підписанням двосторонніх угод у сфері охорони здоров'я на виконання вже укладених безпекових домовленостей.



Фото: МОЗ України

«Станом на сьогодні МОЗ уже уклало 11 угод у сфері охорони здоров'я на виконання підписаних безпекових — з Латвією, Швецією, Фінляндією, Литвою, Данією, Іспанією, Бельгією, Естонією, Францією, Норвегією та Італією. Ці документи спрямовані на зміцнення української медичної системи, посилення її стійкості та здатності швидко реагувати на виклики. Дякую дипломатам і командам наших посольств за підтримку та системну роботу. Продовжимо активно працювати над цим важливим напрямом», — зазначив Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко.



Фото: МОЗ України

Міністр також відзначив важливість розвитку міжнародного медичного партнерства — ініціативи Першої леді України Олени Зеленської, започаткованої у 2023 році на Саміті перших леді та джентельменів. За його словами, у межах цієї ініціативи вже підписано 66 меморандумів про співпрацю українських медзакладів з медичними установами з 24 країн.

До партнерства долучилися 37 українських та 45 іноземних медзакладів. Серед закладів охорони здоров'я, які стали партнерами, багатопрофільні (зокрема університетські) лікарні, дитячі лікарні, спеціалізовані онкологічні та психіатричні заклади, медичні університети з Австрії, Данії, Естонії, Ізраїлю, Іспанії, Канади, Латвії, Литви, Молдови, Нідерландів, Північної Македонії, Великої Британії, Польщі, Франції, Чехії. 37 українських та 45 закордонних медзакладів беруть активну участь у партнерстві. Українські заклади знаходяться у 15 областях: Вінницькій, Дніпро-

петровській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Полтавській, Чернігівській, Волинській областях та м. Києві.

Окремо обговорили незмінність євроінтеграційного курсу України. Євроінтеграція – це шлях до сучасної медицини, нових можливостей для бізнесу та якісних послуг для громадян. МОЗ системно впроваджує ініціативи, що сприяють інтеграції у єдиний європейський медичний простір. Наразі виконання Угоди про асоціацію з ЄС у медичній сфері становить рекордні 88%.

Віктор Ляшко подякував українським дипломатам за системну співпрацю, підтримку медичних ініціатив і внесок у трансформацію системи охорони здоров'я України.

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)



Фото: МОЗ України



Фото: МОЗ України

ЯРНО ХАБІХТ: «НА ВІДБУДОВУ МЕДСИСТЕМИ УКРАЇНИ ТРЕБА 19,4 МІЛЬЯРДИ ДОЛАРІВ І 10 РОКІВ»



Українська система охорони здоров'я переживає найважче випробування в новітній історії. Повномасштабна війна, обстріли лікарень, криза доступу до води, брак медичних кадрів і водночас реформи, які не зупиняються. Про підтримку з боку ВООЗ, інфекційні виклики, психічне здоров'я та майбутнє української медицини — у великому інтерв'ю з Ярною ХАБІХТОМ, головою офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні.

— ВООЗ була і залишається сильною та надійною опорою системи охорони здоров'я України. Які основні результати співпраці з українським урядом?

— Ми працюємо в Україні на довгострокову перспективу і бачимо, що стратегічно важливо одночасно поєднувати реагування на кризу, відновлення та реформи, адже ситуація з громадським здоров'ям суттєво відрізняється в різних регіонах.

Співпраця ВООЗ з Україною триває вже три десятиліття. Особисто я працюю тут понад шість років, і разом з командою ми продовжуємо роботу, розпочату ще нашими попередниками. Одним з найбільших викликів останніх років, безумовно, стала пандемія COVID-19, і я хочу подякувати українським медикам за врятовані життя.

З початком повномасштабного вторгнення ми зосередилися на гуманітарній допомозі. ВООЗ доставила понад 4 тисячі тонн медичних вантажів до майже 1000 закладів охорони здоров'я. Ми підтримуємо медичних працівників, допомагаємо забезпечити доступність медичної допомоги навіть у найскладніших умовах.

Водночас Україна не зупиняє реформи. Серед важливих змін — трансформація фінансування системи охорони здоров'я, розбудова первинної ланки, ухвалення нового закону про громадське здоров'я. Ми підтримуємо Україну і в цих змінах.

Наразі наша увага зосереджена на чотирьох пріоритетах: фінансуванні охорони здоров'я, боротьбі з неінфекційними захворюваннями, розвитку реабілітації та психічного здоров'я. Україна була і залишається пріоритетом для ВООЗ.

Українська система охорони здоров'я довела свою виняткову стійкість і здатність адаптуватися — навіть в умовах війни, енергетичних атак та гуманітарних криз

— Як ви оцінюєте стан системи охорони здоров'я України під час війни? Чи є приклади, які варто перейняти іншим країнам, зокрема Європейському Союзу?

— Можу відповісти у трьох ключових напрямках.

По-перше — стійкість. Українська система охорони здоров'я надзвичайно адаптивна. Ви пережили масове вторгнення, деокупацію територій, руйнування інфраструктури. Варто згадати катастрофу на Каховській ГЕС, яка впливатиме на здоров'я населення ще десятиліттями. Ви продовжуєте працювати в умовах щоденних атак на енергосистему. Ця стійкість — приклад для світу.

По-друге — реформи. Навіть під час війни триває реформування системи охорони здоров'я. Надзвичайно важливо правильно управляти фінансами, програмами медичних гарантій, плануванням. Особливу роль має відігравати первинна медична допомога — вона найближча до людей. Але нам також потрібно думати про покоління нових медичних працівників: хто замінить фахівців, яким зараз за 50?

І третє — модернізація лікарняної мережі. Маємо оновлювати лікарні, працювати над кластеризацією, забезпечити передбачуване фінансування та ефективне управління.

Щодо позитивних прикладів, які можна запропонувати не лише ЄС, а й глобальній спільноті: Україна дуже сміливо реформує сферу психічного здоров'я. Також ви швидко розгортаєте реабілітаційні послуги. І, що надзвичайно важливо, — організація допомоги при масових жертвах та медичної евакуації. У цьому є чимало практичних уроків для всього світу.

Психічне здоров'я — пріоритет не лише під час війни, а й після неї. Україна — одна з небагатьох країн, яка сміливо реформує цю сферу.

Ярно ХАБІХТ — представник Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в Україні з 2018 року. Має понад 20 років досвіду роботи у сфері глобального та громадського здоров'я, медичної політики, охорони психічного здоров'я і систем охорони здоров'я.

До приїзду в Україну обіймав керівні посади у ВООЗ, зокрема очолював офіс організації в Боснії і Герцеговині, а також працював у штаб-квартирі в Женеві та Європейському регіональному бюро в Копенгагені. Має досвід роботи в понад 25 країнах світу.

Доктор філософії у сфері охорони здоров'я, випускник Тартуського університету (Естонія), проходив наукову стажування в Університеті Оксфорда.

З початку повномасштабної війни активно координує міжнародну підтримку української системи охорони здоров'я, зокрема постачання обладнання, відновлення медичної інфраструктури, посилення психічного здоров'я та реабілітаційної допомоги.

Відомий прихильник реформи системи громадського здоров'я та інтеграції України до європейських стандартів у медичній сфері.

— Інфекційні захворювання під час війни, як вдається з ними боротися?

— Передусім хочу подякувати працівникам Центрів контролю та профілактики хвороб. Без епіднадзора навіть незначний спалах може перерости у масштабну загрозу.

Основна увага зараз приділяється захворюванням, яким можна запобігти. Ми спостерігаємо зниження охоплення вакцинацією і, як наслідок, — зростання кількості випадків кору. У 2023-му році вдалося зупинити спалах поліомієліту в кількох областях. Також є ризики спалахів холери — особливо через зруйновану водну інфраструктуру.

Ще одна важлива сфера — здоров'я людини та тварини. Залишається загроза сказу, хвороби, що передається від тварин. У різних регіонах ситуація з інфекційними захворюваннями суттєво відрізняється: одні виклики маємо в Закарпатті, зовсім інші — в Миколаєві, Херсоні, Харкові.

Окрім інфекцій, вже зараз варто готуватися до майбутнього виклику — неінфекційних хвороб. Через старіння населення, виїзд молодих людей зростатиме тягар діабету, гіпертонії, інсультів. Не можна розділяти хвороби на "пріоритетні" й "другорядні" — з усіма потрібно працювати вже сьогодні.

— Росія систематично атакує українську систему охорони здоров'я, що є грубим порушенням міжнародного гуманітарного права. Яка реакція ВООЗ і світової спільноти?

— Те, що ми спостерігаємо в Україні, — жахливо та неприпустимо. Це пряме порушення міжнародного гуманітарного права.

Як ВООЗ ми виконуємо свою роль — фіксуємо, перевіряємо і публікуємо інформацію про атаки. Близько 40% атак припадає на об'єкти первинної медичної допомоги. Також під обстрілами — машини швидкої допомоги. На жаль, ми втратили чимало медичних працівників.

З 2022-го року ми щороку звітуємо про ситуацію на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я. Водночас Світовий банк, ООН і ЄС проводять регулярні оцінки втрат і потреб. За попередніми розрахунками, на відновлення системи охорони здоров'я в Україні потрібно щонайменше 19,4 млрд доларів протягом наступних 10 років.



Та водночас є і промінь надії. Вже зараз триває відбудова. Наприклад, заклад під Києвом, зруйнований у 2022-му році, вже відновлено у 2023-му. ВООЗ допомагає у розгортанні модульних амбулаторій. У восьми областях вже встановлено більше 30 модульних медичних закладів і ще близько 20 ми плануємо встановити цього року.



Ми задокументували 2486 атак на систему охорони здоров'я. Близько 40% з них — на об'єкти первинної медичної допомоги. Це грубе порушення міжнародного гуманітарного права

— Які освітні програми ВООЗ реалізує для українських медиків?

— Перш ніж проводити навчання, важливо зрозуміти ринок праці. 6,5 мільйона українців виїхали за кордон, ще 3,5 мільйона — стали внутрішньо переміщеними особами. Це також стосується і медичних працівників.

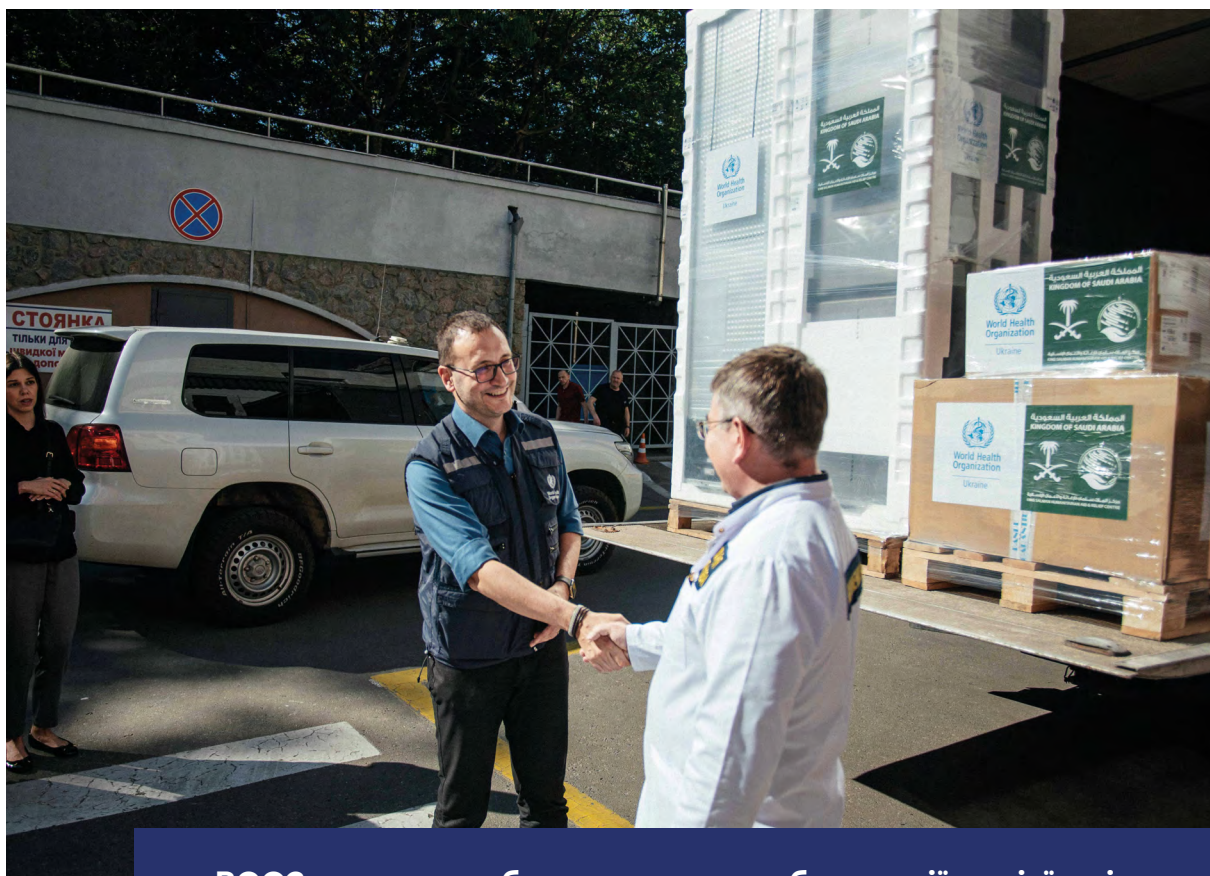
Ми зосереджуємося на короткострокових тренінгах. Уже підготували тисячі медичних працівників з питань реабілітації, психічного здоров'я, реагування на надзвичайні ситуації, масові жертви, вплив хімічних речовин, гендерні питання.

Окремий фокус — на розвитку медсестринства. В Україні ухвалено нові стандарти медсестринської практики, і ми маємо сприяти їхній реалізації — зокрема, для автономної роботи на первинній ланці.

Також важливо вже зараз готувати лідерів у сфері громадського здоров'я. Ми маємо разом напрацьовувати нові стандарти, адаптовані до вимог ЄС. І знаю, що ваша асоціація активно працює в цьому напрямку.

ВООЗ залишається в Україні надовго. Ми підтримуємо вашу щоденну роботу — в лікарнях, громадах, Центрах контролю і профілактики захворювань. Щиро дякую всім фахівцям, які не припиняють служити українцям, попри війну!

— Дякуємо, пане Ярно, ми дійсно відчуваємо вашу підтримку і вдячні за все, що ви робите для нашої країни!



ВООЗ передала обладнання для лабораторії однієї з лікарень в Дніпропетровській області (травень 2025 р)

Як не розгубитися поруч із горем



і підтримати тих, хто
переживає втрату?

ТИ ЯК?

Ментальна підтримка
людей, які пережили втрату

Смерть близької людини — це надзвичайно сильне емоційне потрясіння, при якому добре мати підтримку сім'ї чи друзів.

Якщо ти поруч із людиною, яка нещодавно втратила близького:

- Будь поруч. Уважно слухай та не примушуй її говорити. Запитай м'яко про те, чого вона потребує або що її непокоїть.
- Допоможи задовольнити базові потреби, отримати доступ до необхідних послуг, за потреби — зв'яжися з родиною та соціальними службами



У розмові спробуй м'яко пояснити
людині, що різна реакція на втрату
— це нормально:

«Люди по-різному реагують на втрати.
У деяких людей сильна емоційна
реакція, а в інших — майже відсутня»

«Тобі може здаватися, що сум і біль,
які ти відчуваєш, ніколи не пройдуть,
але переважно ці почуття з часом
стають менш інтенсивними»

«Не існує правильних і неправильних
шляхів переживання втрати. Іноді ти
відчуватимеш сильний сум, а в інші дні
можеш відчувати радість. Не критикуй
себе за те, що ти відчуваєш у цю хвилину»



Щоби допомогти людині пройти шлях скорботи та прийняття нової реальності:

1. запитай, чи є можливість провести церемонію або ритуали прощання з людиною, традиційні для її родини. Якщо для цього є якісь перешкоди, допоможи їх подолати, якщо це можливо;
2. заохочуй людину повертатися до звичного життя (у школі, на роботі, вдома або в соціальному житті), у своєму темпі, наскільки це можливо

Як підтримати
людину, яка
переживає втрату

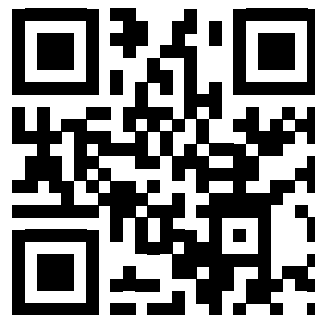
Бойовий досвід Втрата
Родина військових Стосунки



Якщо тобі треба повідомити про втрату
людину старшого віку чи дитину, дізнайся,
як правильно підібрати слова —

у матеріалі на howareu.com

<https://howareu.com/>



Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» — ініціатива першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ, спрямована на розбудову якісної системи надання послуг у сфері психосоціальної підтримки та розвиток культури піклування про ментальне здоров'я.



КИЇВСЬКА ТА ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТІ ОТРИМАЛИ СУЧАСНЕ МЕДОБЛАДНАННЯ І СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ

У цьому матеріалі ми розповідаємо про приклад ефективної міжсекторальної взаємодії, коли об'єднання зусиль громадської організації, міжнародних партнерів та органів влади дає відчутний результат для людей.

Передача сучасного медичного обладнання та спеціалізованого транспорту у рамках партнерського проєкту демонструє, наскільки важливо в умовах кризових викликів об'єднувати зусилля задля підтримки спроможності закладів, що працюють з найбільш вразливими групами населення. Такий підхід не лише посилює наявні ресурси, а й формує основу для стійкості та довготривалого розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Завдяки співпраці Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я та ПРООН в Україні лікарні у двох регіонах значно покращили свої технічні можливості:

Баришівська багатопрофільна лікарня отримала електрохірургічний апарат, операційний світильник, вакуумний насос для терапії ран та портативні електрокардіографи.

Міська клінічна лікарня №1 Івано-Франківська — портативну ендоскопічну камеру.

Це обладнання допоможе лікарям надавати якісну та своєчасну медичну допомогу пацієнтам.

«Важливість кожної нової одиниці медичного обладнання у лікарнях переоцінити неможливо. Сьогодні комусь воно допоможе відновити здоров'я, а завтра, можливо, і взагалі врятує життя. Завдяки підтримці партнерів за кілька місяців нам вдалося поліпшити матеріально-технічне забезпечення двох лікарень, а як підсумок поліпшити якість медичних послуг



для їх пацієнтів», — зазначив Руслан Савчук, Голова Правління Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я.



Також Всеукраїнська асоціація фахівців з громадського здоров'я у співпраці з ПРООН в Україні передала спеціалізований транспортний засіб на базі Citroën Berlingo Івано-Франківському геріатричному пансіонату. Автомобіль пристосований для перевезення користувачів крісла колісного, що значно по-



кращить доступ мешканців пансіонату до реабілітаційних і соціальних послуг.

Завдяки цьому транспорту пансіонат зможе організовувати перевезення осіб, які постраждали від вибухонебезпечних предметів під час війни, до місць реабілітації та відпочинку як у Івано-Франківську, так і за його межами.



«Цей транспортний засіб значно покращить мобільність постраждалих осіб та сприятиме їхній реабілітації. Завдяки підтримці партнерів ми можемо впроваджувати ефективні рішення для підсилення соціальних закладів і допомоги найбільш вразливим категоріям населення», — зазначив Руслан Савчук, Голова Правління Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я.

«Дякуємо ПРООН та всім партнерам за підтримку України. Такі ініціативи допомагають у складний час зміцнювати систему соціального захисту області», — резюмувала Світлана Онищук, голова Івано-Франківської ОВА.



Проект «Впровадження моделі організації допомоги постраждалим від ВВП в територіальних громадах Київської та Івано-Франківської областей України» реалізувала Всеукраїнська асоціація фахівців з громадського здоров'я за підтримки ПРООН в Україні у межах проекту «Трансформаційне відновлення задля безпеки людей в Україні» за фінансової підтримки уряду Японії.



МИХАЙЛО РАДУЦЬКИЙ: «МИ БУДУЄМО СИСТЕМУ, ЯКА ЗМОЖЕ ПРОТИСТОЯТИ БУДЬ-ЯКИМ БІОЛОГІЧНИМ ЗАГРОЗАМ»



Михайло РАДУЦЬКИЙ — один із ключових лобістів і активних прихильників ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я» (№4142), який був прийнятий Верховною Радою у вересні 2022 року. Будучи головою профільного парламентського комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, РАДУЦЬКИЙ неодноразово наголошував на необхідності створення повноцінної, системної моделі громадського здоров'я в Україні, яка відповідає 6 стандартам ЄС та рекомендаціям ВООЗ.

— Розкажіть, над якими змінами законодавства працював Комітет ВР, щоб запустити, а відтак посилити спроможність системи громадського здоров'я в Україні?

— У 2019 році, на початку нашої каденції, в країні була відсутня єдина законодавчо визначена система громадського здоров'я, спроможна реагувати на виклики у напрямку санітарно-епідемічного благополуччя населення. Перед командою Президента стояли три ключові виклики.

Перший — створити оновлену сучасну систему громадського здоров'я для виконання євроінтеграційних зобов'язань країни. Другий — визначити, як держава протидіятиме біологічним загрозам (раніше в законодавстві це питання не мало однозначного трактування). Третій — за прикладом провідних країн світу посилити профілактичну медицину.

У вересні 2022 року парламент ухвалив Закон №2573-ІХ про систему громадського здоров'я. Цей документ передбачає перехід від радянської моделі санітарно-епідеміологічної служби до оновленої європейської системи громадського здоров'я.

Восени 2023 року на базі 25 регіональних Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) запрацювала сучасна епідеміологічна служба. Центри були обладнані холодовими кімнатами, холодильниками та морозильними камерами за стандартами ВООЗ, забезпечені автобусами для вакцинації та надання медичної допомоги у віддалених населених пунктах, а також усім необхідним для ефективної роботи.

— У чому суть цих змін, на що вони впливають зокрема?

— Якщо раніше санітарно-епідеміологічна служба займалася переважно інфекційними захворюваннями, то оновлена служба приділяє увагу не лише запобіганню інфекційних хвороб, а й профілактиці неінфекційних захворювань: серцево-судинних, інсультів, інфарктів, онкоза-

хворювань, а також впровадженню програми ментального здоров'я.

Розширення функцій центрів підвищує якість медичних послуг і наближає їх до пацієнта. Саме тому ЦКПХ на обласному рівні відповідають за ключові аспекти громадського здоров'я: вакцинацію населення та профілактику неінфекційних хвороб. ЦКПХ повністю відповідальні за регіон: від рутинного моніторингу показників, до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них.

Крім того, функціонал центрів відповідає вимогам ЄС, а ухвалений закон дозволяє виконати положення Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

— Чи відчували ви спротив інституцій або компаній, не зацікавлених у прийнятті Закону України «Про систему громадського здоров'я»?

— Справді, був значний спротив, зокрема з боку так званих антивакцинаторів. Народні депутати отримували тисячі повідомлень у соцмережах і звернень від виборців. Нам доводилося розвінчувати численні міфи, які виникали навколо законопроекту: йдеться про примусову вакцинацію, експерименти над українцями, заборону дітям відвідувати школу без довідки про щеплення тощо.

Навіть деякі колеги у Верховній Раді повірили в ці вигадки, і нам доводилося проводити роз'яснювальну роботу, переконуючи їх підтримати закон.

Час показав, що антивакцинаторський рух фінансувався з Росії, а його лідери на початку повномасштабного вторгнення втекли до РФ.

— Закон прийняли, зміни до нього — також. З якими викликами стикнулася Україна, щоб закон про громадське здоров'я запрацював повноцінно, зважаючи на умови повномасштабного вторгнення Росії?

— Закон запустив сучасну епідеміологічну службу, яка успішно працює навіть в умовах війни. Однак виникла необхідність уточнити деякі положення закону. Наразі разом із МОЗ ми працюємо над трьома законодавчими ініціативами.

Законопроект №13205 дозволить адаптувати систему епідеміологічного нагляду до європейських стандартів. Документ чітко визначає орган, відповідальний за контроль дотри-

Михайло РАДУЦЬКИЙ — підприємець, політик та експерт у сфері охорони здоров'я.

У 2019 році обраний головою Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

Виступає за реформування системи охорони здоров'я України та ініціює впровадження страхування на випадок лікарської помилки, що дозволить захистити як пацієнтів, так і лікарів у разі медичних помилок.

Підтримує модель фінансування охорони здоров'я, подібну до системи Бісмарка, яка передбачає обов'язкове медичне страхування та солідарне фінансування системи охорони здоров'я.

Активно просуває діджиталізацію медичної галузі та впровадження електронних сервісів, зокрема електронних записів до лікарів, електронних рецептів та медичних карток.

мання санітарного законодавства в усіх критичних сферах, передбачає модернізацію системи епідеміологічного нагляду, включаючи заходи протидії інфекційним хворобам і антимікробній резистентності. Також вводяться нові терміни: «моніторинг у сфері громадського здоров'я», «протимікробна резистентність», «параметри безпечності середовища життєдіяльності людини». У рамках дерегуляції скасовується обов'язкове отримання сертифікату державної реєстрації небезпечного фактору.

Комітет направив цей законопроект на розгляд Верховної Ради в першому читанні.

У планах Комітету — ще два законопроекти: про біологічну безпеку та біозахист і про захист населення від інфекційних хвороб. Вони продовжують адаптацію українського законодавства до відповідних норм ЄС у сфері біологічної безпеки та протидії поширенню інфекцій.

— Як, власне, держава реагувала на виклики, які спричинило повномасштабне вторгнення Росії?

— Один із найбільших викликів повномасштабної війни — підлив російськими терористами дамби Каховської ГЕС. Оперативна реакція епідеміологічної служби на цю катастрофу довела, що Україна здатна реагувати навіть на найскладніші виклики.

— Яких змін у реформування системи громадського здоров'я очікувати та на що вони вплинуть?

— Головна мета — привести українське законодавство у сфері громадського здоров'я та реагування на надзвичайні ситуації у відповідність до стандартів ЄС. Найближчими роками Україна стане членом Європейського Союзу, і всі регуляторні механізми мають бути до того часу гармонізовані.

— Отож, якою ви бачите систему громадського здоров'я у 2030 році (з огляду на виклики і впровадження, які держава вже пройшла)?

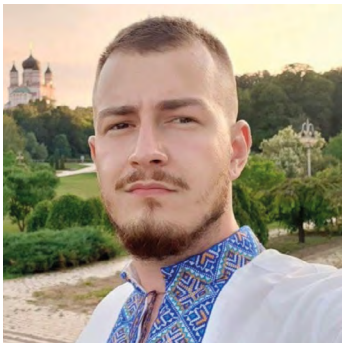
— У 2030 році, впевнений, Україна буде повноцінним членом ЄС, а система громадського здоров'я орієнтуватиметься насамперед на профілактику захворювань. Це дозволить ефективніше виявляти хвороби на ранніх стадіях, краще їх лікувати, а також зменшити фінансове навантаження на систему охорони здоров'я.

СИСТЕМИ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ, РІШЕННЯ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КУРС РОЗВИТКУ



Богдан КРАСЬКО

начальник відділу готовності та реагування на надзвичайні ситуації ДУ «ЦГЗ МОЗ України»



Антон ФАБІШ

лікар-епідеміолог відділу готовності та реагування на надзвичайні ситуації ДУ «ЦГЗ МОЗ України», асистент кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини НМУ ім. О.О. Богомольця



Анатолій ГРИНЗОВСЬКИЙ

завідувач кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини НМУ ім. О.О. Богомольця, д. мед. н, професор, заслужений діяч науки і техніки України

Пандемія COVID-19 та повномасштабна війна, розв'язана російською федерацією, стали потужними стрес-тестами для національної системи охорони здоров'я. Ці виклики виявили слабкі місця та водночас стали поштовхом до переосмислення підходів до реагування на надзвичайні ситуації (НС) у сфері громадського здоров'я.

У міжнародній практиці реагування на НС базується на міждисциплінарному підході: команди включають епідеміологів, аналітиків, фахівців з логістики, комунікацій, права, лабораторної справи тощо. Такі структури мають автономність у прийнятті рішень та здатність до швидкого реагування, що забезпечує ефективну взаємодію між секторами охорони здоров'я, безпеки, освіти та оборони.

В Україні до недавнього часу система реагування у сфері громадського здоров'я залишалась фрагментованою — зосередженою переважно на епідеміології та лабораторній діагностиці. Суттєвий крок до її посилення було зроблено у 2022 році завдяки постанові КМУ №976, якою функціональну підсистему «забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» було офіційно підпорядковано Міністерству охорони здоров'я в межах єдиної державної системи цивільного захисту.

Наступним етапом стало прийняття розпорядження КМУ №34-р від 17 січня 2025 року, яким було затверджено Оперативний план заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, стратегічні та оперативні цілі яких охоплюють всі аспекти розвитку системи реагування, у сфері громадського здоров'я зокрема. Документ визначив чітку модель розвитку системи реагування громадського здоров'я, адаптовану до умов

сьогодення України та наслідків війни, та що ґрунтується на міжнародних принципах, зокрема рекомендаціях ВООЗ та директивах ЄС, і спрямована на наближення України до європейських стандартів.

Відповідно до оновленої моделі створено мережу оперативних центрів реагування на НС (ОЦРНС) у Центрі громадського здоров'я МОЗ України та Центрах контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Їхню роботу підтримують спеціалізовані групи оперативного реагування (ГОР) — зокрема з епідеміологічного, хімічного, радіаційного напрямку, а також дезінфекційні бригади (рис.1). ОЦРНС координує дії на місцях, збирає інформацію, організовує комунікацію між учасниками реагування. ГОР проводять відбір зразків, опитування, моніторинг факторів середовища життєдіяльності людини та беруть участь у формуванні спільних рекомендацій щодо реагування на конкретну подію — від спалаху інфекційної хвороби до хімічної або радіаційної аварії.

В умовах війни система реагування зіткнулася з безпрецедентними викликами: щоденні обстріли, переміщення населення, руйнування медичних закладів, загрози техногенного характеру. Ці фактори підвищують ризик виникнення спалахів інфекційних хвороб, особливо в місцях масового скупчення людей. Ускладнює ситуацію обмежений доступ до води, електрики, гігієни та санітарії, а також зростання популяції без-

притульних тварин, що впливає на епідеміологічну ситуацію.

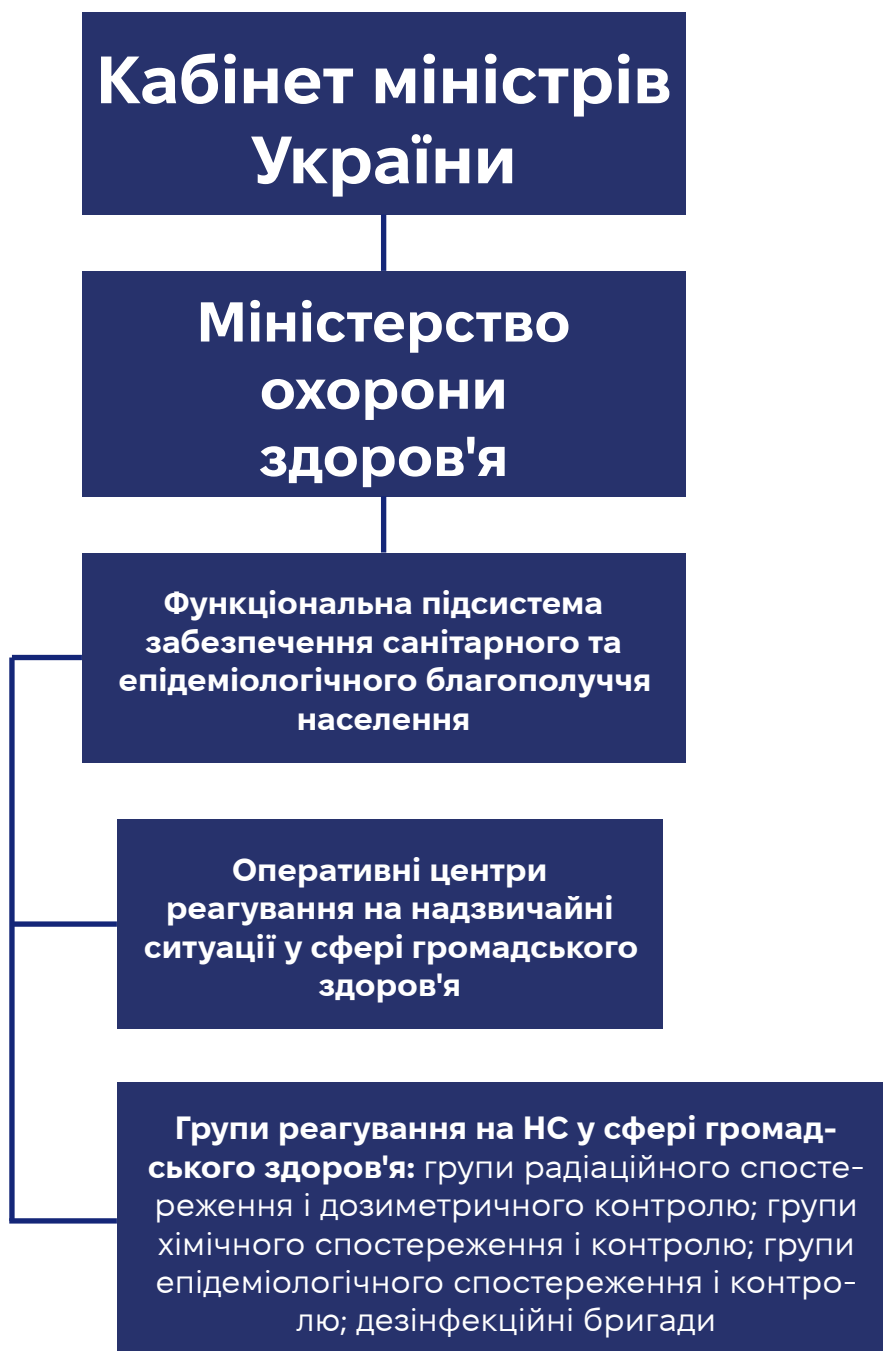
Попри складність умов, завдяки злагодженій роботі фахівців Центру громадського здоров'я МОЗ України та Центрів контролю та профілактики хвороб, оновленій структурі системи реагування та ефективній міжвідомчій координації, вдається підтримувати контроль над ситуацією. Важливу роль відіграє своєчасна комунікація ризиків, довіра населення до офіційних джерел інформації та

оперативне реагування на сигнали про загрози.

Нова модель реагування дозволяє не лише оперативно реагувати на НС, а й запобігати їх поширенню. Завдяки оновленню нормативної бази, навчанню персоналу, формуванню резервів ресурсів та створенню реєстрів фахівців систему вдалося переформатувати у дієвий інструмент забезпечення громадського здоров'я навіть у найскладніших умовах.

У перспективі система реагування громадського здоров'я має і надалі посилювати свою спроможність шляхом інтеграції до європейських механізмів безпеки здоров'я, розвитку цифрових платформ епіднагляду та обміну інформацією, посилення мережі лабораторій та впровадження оцінки об'єктивної ефективності реагування. Ключовим аспектом залишається постійний міжвідомчий діалог, оновлення стратегії та стійка підтримка держави.

рис.1 Модель системи реагування громадського здоров'я, що ґрунтується на рекомендаціях ВООЗ та директивах ЄС



РЬОДЗІ НОРІТАКЕ: «СИСТЕМА ЗАГАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ЯПОНІЇ ДОЗВОЛЯЄ ЛЮДЯМ ЗВЕРТАТИСЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ БЕЗ ВАГАНЬ НАВІТЬ ПІД ЧАС КАТАСТРОФ»



Фото: Next Wisdom Foundation

Місія Рьодзі НОРІТАКЕ — формування політики охорони здоров'я, орієнтованої на громадян, із залученням різних секторів суспільства. Експерт брав активну участь у проєктах, пов'язаних із громадським здоров'ям, неінфекційними захворюваннями, системами фінансування охорони здоров'я та відновленням після Великого землетрусу у Східній Японії. Він — член робочих груп ВООЗ і учасник стратегічних ініціатив уряду Японії з питань старіння населення та інновацій у системі охорони здоров'я. В інтерв'ю Рьодзі НОРІТАКЕ відверто поділився своїм особистим досвідом, а також досвідом та проблемами його країни у вирішенні сучасних викликів. Рьодзі НОРІТАКЕ не лише є лідером у сфері охорони здоров'я, очолюючи Health and Global Policy Institute, але й активно досліджує взаємозв'язок між технологіями та суспільством.

— Якщо потрібно проілюструвати, як слід долати природні катастрофи, такі як землетруси та цунамі, то Японія, на мою думку, — найкращий приклад. Які ключові принципи допомагають тамтешнім фахівцям мінімізувати вплив таких масштабних катастроф на громадське здоров'я?

— 48 годин — у таких часових межах діють бригади в цій країні для того, аби надати максимально першу допомогу. Загалом у Японії діє система Бригад екстреної медичної допомоги при катастрофах (DMAT). Вона складається з лікарів, медсестер, медперсоналу та адміністративного персоналу. Це мобільна, професійно підготовлена команда, здатна діяти на місці масштабної катастрофи або аварії з великою кількістю постраждалих протягом 48 годин.

Отже, як це працює? Префектура, що перебуває в зоні лиха, дає запит [префектура - адміністративно-територіальна одиниця Японії, загалом їх у країні 47]. На цей запит кожна інша префектура відправляє DMAT до визначених медичних закладів, які формують команду й готуються до виїзду. Відтак вони збираються у визначених базових лікарнях у префектурах, що постраждали.

Ці команди надають екстрену допомогу, евакуюють важко поранених до лікарень і підтримують місцеві медустанови впродовж перших годин після події. У 2005 році, коли програма почала діяти, було приблизно 300 учасників; до 2011 року їх стало 6000, а до 2014 — 9000.

— Як побудована уся система громадського здоров'я для забезпечення швидкого реагування в кризових ситуаціях?

— Нагадаю, DMAT працюють у межах 48 годин після катастрофи. Через 72 години гостра фаза зазвичай минає, а через 100 годин з'являється інфраструктура логістичної підтримки, тож діяльність команд DMAT завершується. Однак залежно від типу і масштабу катастрофи, медична система в постраждалому районі може не відновитися. Японська медична асоціація надсилає команди JMAT (Disaster Medical Team) для заміни DMAT і продовжує надавати медичну допомогу до тих пір, поки місцева медична система не буде відновлена.

Однак таку діяльність критикують, мовляв, команди DMAT і JMAT мають медичне спрямування, а не орієнтацію на громадське здоров'я. Тому була створена система DHEAT (Бригади екстреної допомоги у сфері охорони здоров'я під час катастроф).

Землетрус на сході Японії у березні 2011 року став каталізатором інституціоналізації команд DHEAT. Саме вони відповідають за підтримку охорони здоров'я, медичного й соціального забезпечення на місцевому рівні у разі катастроф.

Водночас хочу додати, що поряд із підтримкою з боку уряду й організацій найважливішими елементами під час катастроф є взаємодопомога між людьми та регулярне підвищення рівня медичної грамотності у питаннях громадського здоров'я.

— Часто під час надзвичайних ситуацій у групі ризику опиняються не лише ті, хто постраждав буквально, а й наприклад, вразливі групи населення (літні люди, люди з хронічними захворюваннями, люди з інвалідністю). Чи існують спеціальні ініціативи, спрямовані на оперативний захист саме таких людей?

Тут спрацьовує стійкість системи загального медичного страхування в Японії. Вона дозволяє людям звертатися по медичну допомогу без вагань навіть під час катастроф. Медичні установи також активніше надають допомогу, оскільки ризик несплати з боку пацієнтів мінімізований — витрати компенсуються державним страхуванням.

— Японія і високі технології — це практично синоніми. Як, наприклад, цифрові платформи, штучний інтелект допомагають Японії координувати реагування на надзвичайні ситуації?

— Парадоксально, але Японія дещо відстає у впровадженні циф-

Рьодзі НОРИТАКЕ — японський експерт у сфері охорони здоров'я, очолює Інститут охорони здоров'я та глобальної політики (HGPI) з 2016 року.

Здобув ступінь бакалавра в галузі управління політикою в Університеті Кейо та магістра з медичної антропології в Амстердамському університеті. У 2007 році приєднався до HGPI, де керував низкою проєктів, зокрема з підтримки пацієнтських організацій, контролю неінфекційних захворювань та відновлення після Великого східнояпонського землетрусу. У 2012 році працював консультантом у медичній гуманітарній організації Project HOPE у США, після чого повернувся до HGPI.

Норітаке був членом робочої групи Всесвітньої організації охорони здоров'я з оцінки впливу як інструменту для багатосекторальних дій у сфері здоров'я.

Рьодзі Норітаке є членом Всесвітньої ради з питань деменції (WDC), Консультативної ради Глобального семінару в Зальцбурзі, членом Консультативної ради Elsevier Atlas та Інноваційного альянсу з деменції, організованого Міністерством економіки, торгівлі та промисловості (METI), Японія.

рових технологій у систему охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Досі існують електронні системи для різних лікарень і регіонів. Номери соціального страхування та медичного страхування не інтегровані, а загальнонаціональна електронна медична документація не ведеться.

На це є кілька причин. Одна з них полягає в тому, що, незважаючи на наявність універсальної системи медичного страхування та єдиної системи відшкодування витрат, фактичне керівництво та управління медичними установами здійснюється приватним сектором, що ускладнює створення стимулів для інтеграції медичних даних.

Інша причина полягає в тому, що Японія є острівною державою на Далекому Сході, і її громадяни та медики мають обмежений досвід міжнародної практики. Тому вони не завжди усвідомлюють, що Японія відстає у впровадженні технологій.

”

Пандемія COVID-19 стала переломним моментом. Громадськість була здивована, що повідомлення про вакцинацію надходили паперовою поштою

— Як японське суспільство вчиться на досвіді минулих криз? Чи існують механізми постійного оновлення стратегій реагування?

— Пандемія COVID-19 стала переломним моментом. Громадськість була здивована, що повідомлення про вакцинацію надходили паперовою поштою. Також надходило багато інформації з інших країн, і люди зрозуміли, що японська система охорони здоров'я відстає у впровадженні технологій. Це створило політичний тиск, і зараз ведуться політичні дискусії про те, як надолужити відставання.

— Японія є світовим лідером за тривалістю життя. Які ключові принципи способу життя сприяють здоровому старінню?

— Здорове довголіття в Японії забезпечується кількома чинниками. Один із них — дуже низький рівень дитячої смертності, що позитивно впливає на середню тривалість



життя. Іншим чинником є універсальна система медичного страхування та система страхування на випадок тривалого догляду. Страхування довгострокового догляду на національному рівні забезпечує широкий спектр послуг, включаючи реабілітацію для людей старшого віку. Важливим є також спосіб життя, включаючи дієту. У містах багато ходять пішки, а традиційна японська їжа — здорова. Водночас у сільській місцевості, де домінує автомобільний транспорт, тривалість життя може бути короткою, що спричиняє нерівність у здоров'ї.

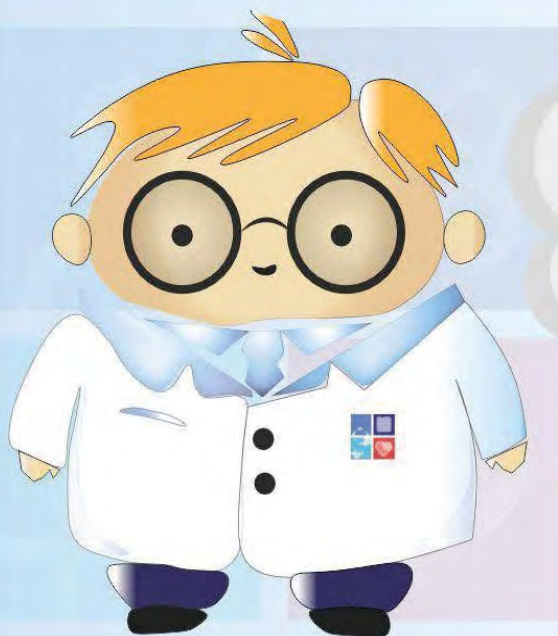
Японія — суперстаріюче суспільство з найвищим рівнем старіння у світі

— Як японська система охорони здоров'я та соціальної підтримки допомагає людям залишатися активними в поважному віці?

— Дуже впливає, проте вже постають нові виклики. Японія — суперстаріюче суспільство з найвищим рівнем старіння у світі. Тобто старших людей у Японії значно більше, ніж молодих. До 2050 року значну кількість літніх людей підтримуватиме невелика кількість працюючих. Це створить важке фінансове навантаження. Необхідно підвищувати продуктивність працюючого населення і створювати суспільство, в якому здорові літні люди можуть продовжувати працювати.

— Чи є уроки з японського досвіду, які можна застосувати в інших країнах, зокрема в Україні?

— Система страхування на випадок тривалого догляду потребує реформування. За нинішньої системи, що гірше здоров'я людей похилого віку, то більше послуг їм потрібно, і тим вигідніше це для постачальників послуг з довгострокового догляду. Водночас природно, що чим більший тягар, тим більший прибуток. У майбутньому може знадобитися новий дизайн політики, наприклад, надання стимулів у разі поліпшення прогнозів для людей старшого віку.



**ПРИВІТ,
Я ДОКТОР ГРИЗІК!**
**ДБАЙТЕ ПРО СВОЄ
ЗДОРОВ'Я РАЗОМ ЗІ МНОЮ!**

Доктор Гризик — діджитал представник Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я. Він доброзичливий, знає все про громадське здоров'я і завжди готовий допомогти:

Г — Громадське здоров'я
Р — Розвиток
и
З — Звички
І — Імунопрофілактика
К — Комунікація.

Його місія — розповідати людям про профілактику і боротьбу з хворобами,

щоб кожен українець міг вчасно подбати про себе та своїх близьких.

Кожен день у календарі для Доктора має особливе значення. Він нагадує, коли варто пройти профілактичний огляд, коли світ об'єднується у боротьбі зі страшними хворобами, а коли треба підтримати тих, хто цього потребує.

Стежте за ним, щоб не пропустити важливу інформацію.

Дбайте про своє здоров'я разом із Доктором Гризиком!

КАТАСТРОФА, ЯКА ЗМІНИЛА ХІД ІСТОРІЇ ТА ЕКОСИСТЕМУ ЦІЛОГО РЕГІОНУ



Фото: ДСНС України



Фото з відкритих джерел

6 червня 2023 року — дата, яка закарбувалася в українській пам'яті як день великої води. У ніч, коли російські війська підірвали греблю Каховської ГЕС, Дніпро поніс не лише воду — він поніс смерть, втрати й незворотні зміни. В одну мить було знищено не просто гідротехнічну споруду — підірвано баланс довкілля, продовольчу й енергетичну безпеку, майбутнє цілих регіонів. Це — екоцид, масштаб якого Європа не знала з часів Другої світової.

Вода, що змила все

Вибух на греблі Каховської ГЕС спричинив неконтрольоване скидання води — за кілька годин рівень води піднявся на 11 метрів. Затопленими опинилися 600 км² — близько 80 міст та сіл, із яких 32% — це деокупована територія та 68% — окупована.

Без водопостачання лишилось 1,6 млн людей у 164 населених пунктах Херсонської, Дніпропетровської, Запорізької та Миколаївської областей. Це становило пряму загрозу їхньому життю та здоров'ю.

В новітній історії України — це один із найстрашніших актів екоциду. Наслідки цього злочину й досі змінюють життя мільйонів українців і впливають на природне середовище від Дніпра до Чорного моря.

Екологічний шок у цифрах

Загальні збитки, завдані довкіллю, становлять майже 78 мільярдів гривень (цифра не враховує окуповані території. Остаточні масштаби шкоди, завданої довкіллю, будуть визначені після деокупації).

- 75 млрд грн — шкода заповідним територіям. Внаслідок підриву греблі сильно постраждали нацпарки «Великий Луг» у Запорізькій області, «Кам'янська Січ» та «Нижньодніпровський» у Херсонській області і «Білобережжя Святослава» у Миколаївській області.

- 1,3 млрд грн — втрата Україною води Каховського водосховища.

- 1,3 млрд грн — шкода ґрунтам.

У Херсонській та Миколаївській областях було підтоплено понад 64 тисячі гектарів лісу



Фото: ДСНС України



— третина від усієї площі лісгоспів регіону. Мисливські угіддя на сотнях тисяч гектарів перестали бути придатними для життя диких тварин.

Після підриву греблі фахівці фіксували стрімке погіршення якості води. У річках Інгулець, Південний Буг, Бузькому лимані та нижньому Дніпрі було зафіксовано підвищення рівнів мінералізації, хлоридів, важких металів, пестицидів і нафтопродуктів. Рівень розчиненого кисню критично впав, що спричинило масову загибель флори та фауни.

Моніторинг 2024–2025 років лише підтвердив ці висновки: вода у регіоні залишається забрудненою органікою та хімікатами.

Каховське водосховище: болото на місці моря

Внаслідок підриву росіянами Каховської ГЕС в Україні знищено майже 10 тис га водно-болотних угідь міжнародного значення. Осушення водосховища спричинило не лише зміну пейзажу, а й знищення унікальних природних біотопів. Зникли нерестилища риб, місця гніздування птахів, зимувальні ями, болота, водно-болотні угіддя. У парку «Великий Луг» знищено понад 14 тисяч гектарів водних екосистем, зокрема унікальні угіддя «Архіпелаг Великі та Малі Кучугури».

трацій важких металів у ґрунтах та забруднення нафтохімічними речовинами. У парку триває дистанційний моніторинг на основі супутникових знімків.

Вплив на Чорне море

Через руйнацію Каховської ГЕС у Чорне море потрапило щонайменше 150 тонн машинного мастила, яке містилось у турбінах. Відбулось зміщення солоності вод, загибель фітопланктону, порушення фотосинтезу та біофільтрації. У море потрапили міни — результат розмивання мінних полів лівого берега. Їх викидало на береги Одещини та Миколаївщини, зокрема на територію НПП «Тузлівські лимани».

Люди без води: водогін замість водосховища

Окрім екологічної, катастрофа мала і соціальну складову. Без питної води залишилися Миколаїв, Кривий Ріг, Нікополь, Покров, Марганець.

При Міндовкіллі створено робочу групу з фахівців і науковців, а уряд оперативно ухвалив низку рішень для стабілізації ситуації. Зокрема — запуск масштабних проєктів будівництва водогонів, артезіанських свердловин, очисних споруд та розчищення русел річок.



Фото: ДСНС України

У НПП «Кам'янська Січ» вимерли десятки видів риб і птахів, знищено або трансформовано 19 біотопів, що охороняються Бернською конвенцією. Фіксують перевищення концен-

У максимально короткі строки паралельно з проєктуванням почалось будівництво водогону «Інгулець — Південне водосховище». Його звели з нуля за рекордні 11 місяців. Рабо-



Фото: МОЗ України

ти велись цілодобово. У три зміни на будівництві працювали понад 1000 людей та близько 500 одиниць техніки. Без перебільшення це — наймасштабніший проєкт за часів Незалежності держави. Усі 4 нитки магістрального водогону наразі працюють на повну потужність.

Крім того, для забезпечення водопостачання населення Дніпропетровської області реалізовано експериментальний проєкт із будівництва магістральних водогонів: Марганець – Нікополь – Покров та Хортиця (ДВС2) – Томаківка – Марганець.

Також введено в експлуатацію 47 артезіанських свердловин у Дніпропетровській, Миколаївській, Херсонській та Запорізькій областях.

На сьогодні:

· на Херсонщині централізоване водопостачання доступне для 64% населення області. 1,7% досі користується привізною водою;



Фото: ДСНС України

· на Миколаївщині централізоване водопостачання доступне для 82% населення. Привізною водою користуються 6,7% мешканців.

У вересні 2024 року Уряд затвердив Програму комплексного водозабезпечення прифронтових територій. Передбачено понад 54 мільярди гривень на спорудження водогонів, модернізацію гідроспоруд і залучення підземних вод.

Національна академія наук України координує міждисциплінарний проєкт, що має дати відповідь на запитання: чи варто відновлювати Каховське водосховище.

Екоцид як військовий злочин

Україна продовжує інформувати світову спільноту про наслідки підриву. Міністерство захисту довкілля направило нотифікації до міжнародних природоохоронних угод та конвенцій.

Україна офіційно кваліфікує підрив дамби Каховської ГЕС як акт екоциду. До того ж знищено інфраструктуру, дороги, водогони, мости, електромережі. Створено юридичні підстави для подання до міжнародних судів.

Каховська катастрофа залишається символом того, як руйнування одного об'єкта може змінити географію, екологію та життя цілої країни.

За матеріалами Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України



НАЙБІЛЬША РУКОТВОРНА КАТАСТРОФА В ЄВРОПІ: ВИПРОБУВАННЯ НА СТІЙКІСТЬ ТА СПІЛЬНА РОБОТА НА РЕЗУЛЬТАТ



Наталія АСАТУРОВА

генеральна директорка ДУ «Херсонський ОЦКПХ МОЗ України», головна державна санітарна лікарка Херсонської області



Олександр ХОНДУСЬ

заступник генеральної директорки ДУ «Херсонський ОЦКПХ МОЗ України»

«Внаслідок підриву Каховської ГЕС було затоплено 620 квадратних кілометрів територій у чотирьох областях: Херсонській, Миколаївській, Запорізькій та Дніпропетровській. Сто тисяч жителів цих областей постраждали від затоплення. Пошкоджені мережі, постачання питної води, інфраструктура, навколишнє середовище, зрошення сільськогосподарських угідь, культурні та історичні пам'ятки», — повідомляють в ООН.

6 червня 2023 року о 6-й ранку ОК «Південь» повідомили, що на Херсонщині сталась надзвичайна ситуація техногенного характеру, пов'язана з підривом військовими РФ дамби та машинної зали Каховської ГЕС та підтопленням території області. Це стало справжнім випробуванням для влади, організацій та служб, які були залучені у ліквідації наслідків катастрофи.

Перша лінія реагування: медична система в умовах затоплення

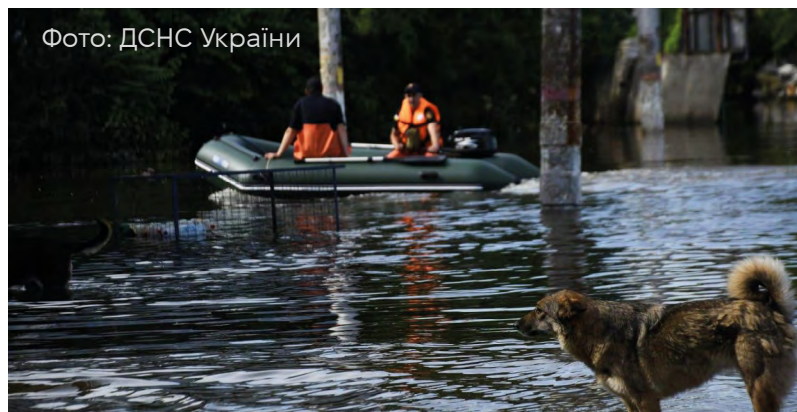
Державна установа «Херсонський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» серед перших приєдналася до реагування на подію: установа була залучена до роботи регіональної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій та штабу з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Незважаючи на нестачу кадрів, було здійснено розгортання

груп оперативного реагування: епідеміологічного спостереження і контролю, хімічного спостереження і контролю, дезінфекційного контролю. Першочергові та подальші кроки залежали від масштабів руйнування, швидкості та обсягів води, ймовірних районів підтоплення.

Пріоритетним завданням в нашій роботі було не допустити спалахів інфекційних хвороб та погіршення санітарної ситуації.

Практично, під час першого засідання комісії було представлено інформацію щодо масштабів події, прогноз розвитку ситуації, розрахунок ризиків, пов'язаних із затопленням житлових та громадських будівель, промислових підприємств, об'єктів інфраструктури, зокрема водно-каналізаційного господарства, мереж водопостачання. У списку невідкладних заходів — врятувати людей, які залишались у підтоплених будинках, та забезпе-

Фото: ДСНС України





чити населення доброякісною питною водою. 3 районів міста Херсон та населених пунктів, де відбувалось затоплення, розпочалася евакуація.

Особливо важкими були перші дні, коли рівень води досягав максимуму. Висота хвилі 6 червня становила приблизно 3 метри. Станом на 7.30 повністю або частково затоплені такі населені пункти: Тягинка, Львове, Одрадокам'янка в Бериславському районі. У Херсонському районі – Іванівка, Токарівка, Микільське, Понятівка, Білозерка, мікрорайон Острів у Херсоні.

Під контролем — вода, повітря, радіаційний фон

В цей період оперативним центром з реагування на надзвичайні ситуації було прийнято рішення щодо виконання таких заходів:

- щоденний аналіз інформації про стан інфекційної захворюваності, наявності затоплень худобомогильників, кладовищ, сміттєзвалищ, місць збереження хімічних речовин;
- моніторинг якості питної води з джерел та мереж водопостачання, які могли потрапити в зону затоплення;
- моніторинг якості води з альтернативних джерел;
- моніторинг води з р. Дніпро та р. Інгулець. Слід зазначити, що перша проба води була відібрана і доставлена до лабораторії установи вже в перший день надзвичайної ситуації, і це незважаючи на обстріли з боку ворога.

Вода з Каховського водосховища була необхідна для того, щоб ЗАЕС отримувала підживлення для конденсаторів турбін і системи безпеки станції. Підлив Каховської ГЕС заціпав екосистему всього Чорноморського регіону та посилив загрозу ядерної катастрофи, оскільки наповнюваність ставків-охолоджувачів ЗАЕС залежить від рівня води в Дніпрі. Тому фахівцями радіологічної лабораторії в складі групи оперативного реагування здійснювався постійний моніторинг радіаційного фону.

Дуже важливою в той час була взаємодія із Департамен-

том здоров'я ХОВА та закладами охорони здоров'я, насамперед з обласною інфекційною лікарнею. Це стосувалось обміну інформацією щодо наявності хворих на гострі кишкові інфекції, їх стану та необхідності подальшого діагностичного обстеження на базі нашої установи. Так, на початку серпня до лабораторії особливо небезпечних інфекцій надійшов матеріал від хворого, у якого був позитивний швидкий тест на холеру. В результаті проведення досліджень у хворого був виявлений холерний вібріон не O1 групи, що підтвердилось і головною експертною установою — Центром громадського здоров'я України.

Нові методи діагностики в дії

Слід зазначити, що у зв'язку з цим випадком був вперше застосований ПЛР-метод досліджень. Також цей метод разом з бактеріологічним використовувався і при дослідженні на холеру води з відкритих водойм, що прискорило отримання результатів досліджень.

Центр був залучений до передачі інфекційній лікарні 5 холерних базових комплектів з необхідним обладнанням, медикаментами та матеріалами, а також наборів швидких тестів.

Відновлення водопостачання: довгий шлях очищення та перевірок

У відборі проб води відкритих водойм допомагали підрозділи ДСНС. Також був налагоджений постійний контакт та обмін інформацією з Головним управлінням Держпродспоживслужби в Херсонській області. Крім того, в Херсонську область прибула мобільна лабораторія КП Донецької обласної ради «Центр моніторингу довкілля», з якою було відпрацьована взаємодія щодо її участі не тільки у відборі проб, а і проведенні досліджень, у тому числі радіологічних.

Був встановлений безпосередній зв'язок керівників груп швидкого реагування з військовим комендантом, який в оперативному режимі допомагав вирішувати питання переміщення груп до місця роботи, оскільки доступ у затоплені

мікрорайони був обмежений з безпекових міркувань.

Фахівцями установи здійснювалася видача таблеток знезараження води населенню, допомога комунальним підприємствам у проведенні дезінфекції мереж водопостачання. Херсонським ОЦКПХ було видано 244680 таблеток.

Оперативна інформація щодо результатів проведених установою заходів щоденно надавалася до Центру громадського здоров'я, Херсонської обласної військової адміністрації, ГУ Держпродспоживслужби в Херсонській області, ГУ ДСНС України в Херсонській області.

В перші дні у Херсонській області евакуйовано більше 1 300 осіб, близько 5% яких перебували в лікарнях та гуманітарних штабах. В наступні дні кількість евакуйованих збільшилася більш ніж у два рази. Групи оперативного реагування проводили обстеження місць, де тимчасово розміщували постраждалих людей. Зверталась увага як на умови проживання, так і на стан здоров'я.

Так, в одному з таких місць було встановлено підвищення рівня захворюваності гострими респіраторними інфекціями. Завдяки взаємодії з відповідними закладами охорони здоров'я всі жителі були обстежені. В результаті у 11 з 30 осіб було виявлено збудник COVID-19. В осередку інфекції були проведені відповідні протиепідемічні заходи.

Для робіт із ліквідації наслідків затоплення були залучені сили та засоби з інших областей України. У зв'язку з цим групи оперативного реагування спільно з представниками обласної військової адміністрації приймали участь у обстеженні місць їхнього проживання та харчування, в результаті яких надавались відповідні рекомендації.

У міру зниження рівня води до заходів з ліквідації наслідків затоплення додалося ще одне завдання — відновлення функціонування джерел та мереж водопостачання, водовідведення, енергопостачання. Особливо важкою була ситуація



в Корабельному мікрорайоні Херсона, де було затоплено три артезіанські свердловини та потребувала відновлення мережа водопостачання. Було прийнято рішення щодо проведення паралельних досліджень води з артезіанських свердловин з Херсонським міським водоканалом. Незважаючи на заходи щодо очищення та дезінфекції, вода тривалий час не відповідала гігієнічним вимогам по бактеріологічним показникам. Лише після серії заходів з очищення та дезінфекції, які супроводжувалися вимірами протягом майже місяця, воду можна було подавати в мережу.

Необхідно було вирішувати і питання забезпечення питною водою на територіях, які не були підтоплені, але де рівень води в свердловинах критично знизився. Для цього Херсонською обласною військовою адміністрацією було організовано буріння нових свердловин, якість води з яких досліджувалась Херсонським ОЦКПХ. Так, на території сели-

ща Нововоронцовка було пробурено чотири артезіанські свердловини, продовжуються роботи з буріння ще трьох. Відновлені альтернативні джерела питної води — 11 громадських колодязів, відкрито два пункти розливу очищеної питної води.

За весь час реагування на надзвичайну ситуацію установою було проведено 1532 проби питної води з джерел централізованого водопостачання. При цьому за мікробіологічними показниками не відповідали гігієнічним вимогам 3,5% проб води. З нецентралізованих джерел цей показник склав 62,5%. Кількість проб, які не відповідали нормам зменшувалась у міру зниження рівня підтоплення. Особливо ця залежність спостерігалась при дослідженні води з річок. На території населених пунктів Херсонської міської територіальної громади встановили заборону купання, водопою тварин, забору води, вилову риби в акваторії Дніпра та інших водойм.

Лише в перші дні було встановлено перевищення у воді вмісту нафтопродуктів, нітратів, загального заліза. Патогенні збудники інфекційних хвороб, зокрема холери, в результаті бактеріологічних досліджень виявлено не було. У 10,2% проб зареєстровано перевищення індексу ЛКП. У воді, а після її спаду і в ґрунті, виявлялись яйця гельмінтів людей та собак, а також цисти найпростіших.

Медицина довела: вона здатна діяти швидко та злагоджено — навіть у зоні бойових дій

Незважаючи на всі труднощі та випробування, області вдалось уникнути епідемічних ускладнень, пов'язаних з інфекційними хворобами та масовими неінфекційними захворюваннями. Фахівці Херсонського ОЦКПХ набули досвіду реагування на надзвичайні ситуації в умовах війни. Колектив установи успішно пройшов тест на міцність, згуртувався та виконав свій обов'язок, як професійний, так і людський.



Фото: МВС України

Основні роботи з усунення наслідків катастрофи, спричиненої підривом Каховської ГЕС окупантами на Херсонщині, завершилися 30 серпня 2023 року. Далі ситуацію продовжують контролювати екстрені служби за своїми напрямками.

Штаб з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації очолював міністр внутрішніх справ Ігор КЛИМЕНКО. До складу штабу від Міністерства охорони здоров'я України увійшов заступник міністра охорони здоров'я – головний державний санітарний лікар України Ігор КУЗІН. Після руйнування дамби Каховської ГЕС 6 червня до зони надзвичайної ситуації потрапили 180 населених пунктів Херсонської, Дніпропетровської та Миколаївської областей, у яких проживало майже 900 тисяч населення.



ДОСВІД РОБОТИ ЗАПОРІЗЬКОГО ОЦКПХ В УМОВАХ ЗАГРОЗИ РАДІАЦІЙНОЇ АВАРІЇ НА ЗАПОРІЗЬКІЙ АЕС



Тарас ТИЩЕНКО

генеральний директор ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України»

З самого початку російської агресії на території Запорізької області склалася небезпечна радіаційна ситуація у зв'язку з захопленням ворогом найпотужнішої в Європі Запорізької АЕС і можливою радіаційною аварією. У зв'язку з цим існуюча в ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» система радіаційно-гігієнічного моніторингу була переглянута і відкоригована.



Михайло КОСТЕНЕЦЬКИЙ

лікар з радіаційної гігієни лабораторії фізичних факторів ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України», к.мед.н.

За мету було поставлено визначення основних показників радіоактивності стану довкілля, за допомогою яких можна оперативно оцінити наявність і масштаби можливої радіаційної аварії, на підставі чого приймати рішення щодо застосування контрзаходів.

Основним показником радіаційного стану було визначено рівень гамма-фону території області. Спочатку виміри здійснювали усі відокремлені підрозділи, навіть ті, що перебували на окупованій території цілодобово. Після евакуації співробітників з окупованих територій виміри гамма-фону здійснювались тричі на добу в трьох населених пунктах підконтрольної території — м.Запоріжжя, м.Вільнянськ, смт. Новомиколаївка.

Періодичність вимірів з початку повномасштабної війни по жовтень 2023 року становила один раз на дві години цілодобово 24/7. Результати радіаційного моніторингу негайно надавались до вищого керівництва ЦГЗ та МОЗ України. З листопада 2023 року періодичність вимірів поступово знижувалась, та з початку 2024 року по сьогоднішній день становить 3 рази на добу.

У випадку погіршення ситуації на Запорізькій АЕС кількість точок спостереження буде розширено з урахуванням резервної точки на підконтрольній території Запорізької області — с. Біленьке Запорізького району як найбільш приближеної точки території житлової забудови до Запорізької АЕС.

Фахівці лабораторії фізичних факторів ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» співпрацюють з колегами ОЦКПХ МОЗ України, особливо з ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» з питань радіаційної безпеки та радіаційного моніторингу.

Крім того, з початку бойових дій на території Запорізької області та збільшення ризику ядерної катастрофи на окупованій Запорізькій атомній станції, керівництвом ДУ «ЗОЦКПХ МОЗ» було прийняте рішення, щодо розширення об'єктів радіаційного контролю:

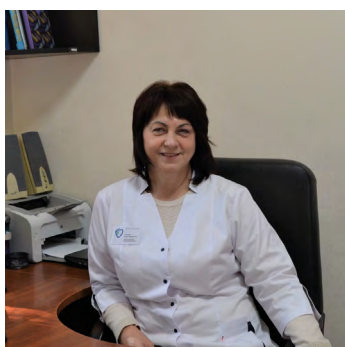
- питна вода — у 1 точці м.Запоріжжя — щотижня;

- вода поверхневих водойм (р.Дніпро) — у 2 точках щоквартально;

- ґрунт території м. Запоріжжя та районів на підконтрольній території Запорізької області (Запорізького та Новомиколаївського району) — щоквартально;

Також з перших днів воєнної агресії, було прийняте рішення, щодо щотижневого проведення лабораторних досліджень атмосферних опадів та пилу, що осідає з повітря, як важливого та швидкого показника наявності радіоактивності у повітрі.

Результати моніторингу оцінювались згідно з Нормами радіаційної безпеки (НРБУ-97), чинними Санітарними нормами і правилами та порівняно з даними багаторічних довоєн-



Олена НУРІЄВА

завідувачка лабораторії фізичних факторів ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України»



них спостережень радіаційної обстановки у Запорізькій області.

Результати досліджень наведені в таблиці 1.

Показники радіоактивності, що досліджувались, свідчать про те, що радіаційний стан довкілля за три роки не змінився. Рівні гамма-фону залишились в межах багаторічних спостережень і дорівнюють 10-13 мкР-год-1. Сумарна альфа- і бета-активність води відповідає вимогам державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» ДСанПіН 2.2.4-171-10 та ДСТУ 4808:2007 «Джерела централізованого питного водопостачання». Сумарна бета-активність атмосферних опадів та пилу, що осідає, а також ґрунту знаходиться в межах показників багаторічних спостережень.

ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» знаходиться на постійному зв'язку з місцевими органами державної влади, Запорізьким обласним центром з гідрометеорології та ГУ ДСНС у Запорізькій області з питань інформування про стан радіаційної обстановки та результатів радіаційного моніторингу. Інформація також розміщується на сайті Центру та Інтернет ресурсах. Лабораторія фізич-

них факторів ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» є невід'ємною складовою радіаційного контролю та національного сповіщення у взаємодії з зовнішнім кризовим центром філії «ВП ЗАЕС» АТ «НАЕК ЕНЕРГОАТОМ».

З метою реагування на надзвичайні ситуації у ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» створено «Оперативний центр реагування на надзвичайні ситуації у галузі громадського здоров'я» під керівництвом генерального директора Тараса Тищенка. Розроблено Положення про роботу Оперативного центру та оновлено його склад з залученням фахівців відділу готовності та реагування на надзвичайні ситуації.

Крім того, на базі Центру створено групи оперативного реагування (ГОР) на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, в складі яких 4 пересувні групи радіаційного спостереження і дозиметричного контролю. Групи укомплектовані сучасним дозиметричним обладнанням та засобами індивідуального захисту згідно наказу МОЗ від 15.11.2024 № 1921 «Про затвердження Примірних таблиць оснащення груп радіаційного спостереження і дозиметричного контролю». Особовий склад груп радіаційного спостереження забезпечено необхідним дозиметричним та

радіометричним обладнанням, індивідуальними дозиметрами, персонал пройшов медичний огляд, та не має протипоказань до роботи з джерелами іонізуючого випромінювання.

На базі Центру, силами лабораторії фізичних факторів та з 2025р. у взаємодії з відділом готовності та реагування на надзвичайні ситуації, постійно проводяться тренінги та навчально — практичні семінари для груп радіаційного спостереження за темами:

- організація індивідуального дозиметричного контролю, забезпечення індивідуальними дозиметрами, облік індивідуальних доз персоналу, допуск до роботи в осередку радіаційного забруднення;

- відпрацювання методики одягання та знімання засобів індивідуального захисту;

- порядок відбору проб продуктів харчування, води, об'єктів довкілля та правила доставки проб в лабораторію для подальшого дослідження їх на радіоактивність.

Також за ініціативою ГУ ДСНС та органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, ДУ «Запорізький ОЦКПХ», у перших рядах пліч о пліч з фахівцями інших зацікавлених установ,



Фото: Енергоатом



приймає участь у загальнонаціональних, обласних та штабних тренуваннях та інших заходах реагування на потенційні загрози, таких як :

- штабне тренування під головуванням голови обласної військової адміністрації з питань організації та забезпечення заходів з евакуації населення у разі радіаційної аварії на ВП «Запорізька АЕС»;

- загальнонаціональне тренування щодо реагування на надзвичайну ситуацію радіаційного характеру на ВП «Запорізька АЕС»;

- загальнонаціональне командно-штабне тренування щодо відпрацювання заходів з реагування у разі можливого застосування ядерної зброї на території України;

- тренування під головуванням голови обласної військової адміністрації щодо попередження та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на ВП «Запорізька АЕС»;

- штабне тренування щодо планування дій у разі загрози виникнення та/або виникнення надзвичайної ситуації на ВП «Запорізька АЕС»;

- штабне тренування щодо спільних дій у разі настання «блекауту», пов'язаного зі збройною агресією РФ;

- штабне тренування щодо спільних дій з попередження та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, випадків, пригод, аварій, інших небезпечних подій, пов'язаних з бойовими діями РФ проти України на території області та з можливими несприятливими умовами зимового періоду 2024/2025 років в умовах воєнного стану, та інші.

За роки повномасштабної війни в Україні увага міжнародної спільноти до висвітлення питань, які відносяться до Запорізької АЕС у світовому просторі, не зменшується. Міжнародні ЗМІ продовжують активно слідкувати за перебігом подій та висвітлювати їх в своїх виданнях. Складна ситуація та обстріли державою-терористкою Запорізької атомної електростанції (ЗАЕС) постійно в центрі їхньої уваги.

В 2024 році, в рамках гуманітарної допомоги World Health Organization Ukraine, лабораторія фізичних факторів ДУ «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ» отримала сучасне обладнання для проведення спектрометричних, дозиметричних та радіометричних досліджень, що посилює спроможності досліджень при проведенні моніторингу радіаційного стану довкілля Запорізької області. Також отримане пошу-

кове обладнання, індивідуальні дозиметри та обладнання для зчитування даних з індивідуальних дозиметрів, що допоможе у роботі та захисті фахівців лабораторії та фахівців ГОР при виникненні аварійної ситуації на Запорізькій АЕС.

Для методичного забезпечення роботи в умовах надзвичайної ситуації фахівцями ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» розроблено методичні посібники: «Лабораторний контроль у сфері громадського здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій в мирний і воєнний час». Запоріжжя. 2022р., а також «Радіаційно-гігієнічний моніторинг середовища життєдіяльності людини та реагування на надзвичайні ситуації радіаційного характеру в сфері громадського здоров'я : теорія і практика». Запоріжжя. 2025р.

Крім того, в 2022 році підготовлено інструктивно-методичний лист «Основи радіаційного захисту населення в умовах радіаційної аварії».

Для удосконалення умов радіаційної безпеки «ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» планує провести реконструкцію приміщень лабораторії фізичних факторів з обладнанням санітарного пропускника для повної дезактивації аварійного персоналу.

Таблиця 1. Показники радіаційного контролю довкілля Запорізької області (усереднені значення)

№	Найменування показника	2022		2023		2024	
1.	Гамма-фон, мкР·год-1	12,2		12,4		12,0	
2.	Сумарна активність питної води, Бк·дм-3	альфа-, активність	бета-активність	альфа-, активність	бета-активність	альфа-, активність	бета-активність
		<0,05	<0,2	<0,05	<0,2	<0,05	<0,2
3.	Сумарна активність води р.Дніпро, Бк·дм-3	<0,05	0,2	<0,05	<0,2	<0,05	0,2
4.	Ґрунт, 137Cs, Бк·кг-1	<2.98		<2.54		<2.34	
5.	Атмосферні опади та пил, Бк·м-2/добу	0,057		0,043		0,041	



МОНІТОРИНГ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 2022-2024 РОКІВ



Ольга ГАВРІКОВА

заступниця генерального директора із впровадження системи управління якістю лабораторних досліджень ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України»

Три роки воєнного стану в Україні, тимчасова окупація значної території Запорізької зони, критична наближеність лінії бойових дій до Запорізької агломерації значно актуалізували необхідність індикації потенційних хімічних, біологічних і радіаційних загроз, вчасне виявлення та ефективне реагування на надзвичайні події у галузі громадського здоров'я.

В період воєнного стану до екологічних проблем, притаманних місту Запоріжжю, додалися проблеми забруднення атмосферного повітря хімічними речовинами внаслідок вибухів, пожеж, руйнування. Підвищився до критичного рівня ризик витоку в оточуюче середовище токсичних речовин з промислових об'єктів.

З перших днів війни Центр здійснює стабільний та ефективний плановий моніторинг якості та безпечності атмосферного повітря та позаплановий моніторинг – за наслідками воєнних дій, що відбуваються на території міста (вибухи, пожежі та руйнування, зокрема на промислових підприємствах).

Моніторинг якості атмосферного повітря житлових районів здійснюється Центром шляхом проведення підфакельних досліджень 22 санітарно-хімічних показників у 160 моніторингових точках у всіх районах міста Запоріжжя.

Аналіз результатів моніторингу свідчить про незмінно високий рівень забруднення атмосферного повітря м. Запоріжжя хімічними речовинами техногенного походження, який створює неприйнятний рівень ризику здоров'ю експонованого населення. У порівнянні з початком повномасштабного вторгнення у 2022 році та теперішнім часом відмічається зростання відсотку забруднення атмосферного повітря зваженими речовинами у 2 рази (з 2,6% перевищень ГДК

у 2022р до 5,2% перевищень ГДК у 2024р.), на високому рівні залишається забрудненість атмосфери формальдегідом, фенолом, сірковуглецем та сірководнем.

Вагомий внесок у зміни стану атмосферного повітря внесли такі надзвичайні ситуації, як пожежі та руйнування, спричинені військовою агресією росії, особливо ті, що сталися на території промислових підприємств. До того ж, погіршення ситуації спричинили обмеження у споживанні електроенергії, перехід підприємств на резервне паливо та сировину, а також неритмічна робота технологічного устаткування, що створює додаткове забруднення атмосферного повітря.

Аналіз ситуації свідчить, що труднощі, що існують на шляху поліпшення якості навколишнього середовища і створення оптимальних умов проживання людей, виникають у тому числі і через недостатню обґрунтованість природоохоронних заходів, що розробляються без чітких кількісних критеріїв потенційного і реального збитку для здоров'я людини. Низька ефективність засобів, що витрачаються на зниження забруднення, обумовлена в більшості випадків відсутністю обов'язкової оцінки дійсного внеску того або іншого джерела забруднення в погіршення стану здоров'я населення.

За результатами моніторингу атмосферного повітря Центру Запорізькою міською радою



Анна СІРОГОС

завідувачка відділу безпеки середовища життєдіяльності ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України», к.мед.н.



Свєген ТУЛУШЕВ

лікар з комунальної гігієни відділу безпеки середовища життєдіяльності ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ України»



Засідання науково-експертної екологічної ради при Запорізькій ОДА з питань моніторингу атмосферного повітря

розробляється Програма охорони довкілля щодо поетапного зниження викидів забруднюючих речовин суб'єктами господарювання м. Запоріжжя. Розробка Програми триває досі. Дані фактичного забруднення атмосферного повітря Запоріжжя фенолом та формальдегідом, надані Центром, спричинили широкий суспільний резонанс. За пропозиціями робочої групи, створеною розпорядженням голови Запо-

різької міської ради, до складу якої увійшли фахівці Центру, проводиться аналіз причин забруднення та здійснюється пошук джерел викидів фенолу та формальдегіду.

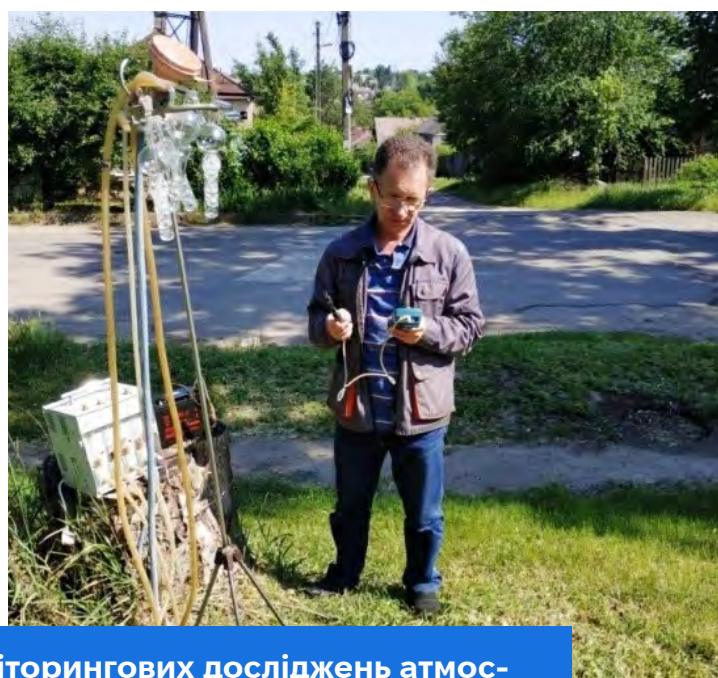
Фахівці та обладнання лабораторій Центру є незамінним ресурсом оперативного реагування на звернення населення до обласного та міського контакт-центрів щодо незадовільного стану атмосфери на тери-

торії м. Запоріжжя та Запорізької області в тому числі і того, що було спричинене надзвичайними ситуаціями в результаті російської агресії. Представник Центру є членом науково-експертної екологічної ради при Запорізькій обласній державній адміністрації. Фахівцями Центру надані обґрунтовані пропозиції щодо:

- практичного впровадження алгоритму з розробки короткострокових планів дій системи регулювання викидів шкідливих речовин в період перевищення одного або більше порогів небезпеки забруднюючих речовин у атмосферному повітрі на основі положень постанови Кабінету Міністрів України від 14.08.2019 № 827;

- вдосконалення системи реагування на можливе високе забруднення атмосферного повітря м. Запоріжжя.

З метою забезпечення контролю за санітарно-епіде-



Проведення моніторингових досліджень атмосферного повітря фахівцями Центру



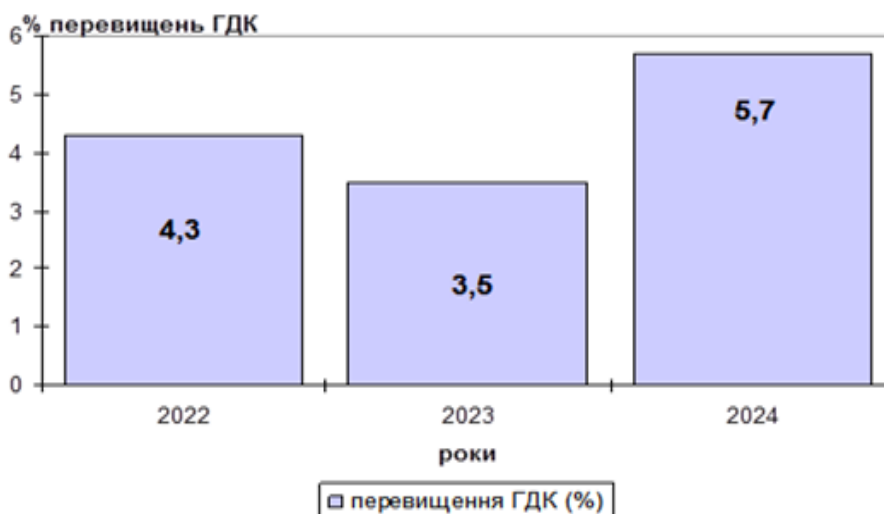
міологічною ситуацією на території області забезпечено подання результатів моніторингових досліджень у ГУ ДСНС України в Запорізькій області, ГУ Держпродспоживслужби в Запорізькій області, Державну екологічну інспекцію Південного округу (Запорізька та Херсонська області), Запорізьку обласну прокуратуру, Департамент захисту довкілля ОДА, Запорізьку міську раду. Завдяки активній позиції фахівців Центру вдається знайти ефективні варіанти системної співпраці, які дозволяють оперативно реагувати на скарги мешканців міста та виявляти джерела, що

забруднюють повітря.

В планах Центру на 2025 рік – задіяти в роботу пробовідбірники газу та твердих часток пилу в атмосфері FY-DQ101 для відбору зважених часток в атмосферному повітрі (TSP, PM2.5, PM10) та газових компонентів (SO₂, NO_x тощо). Це дозволить отримувати значення середньодобових концентрацій забруднюючих речовин в атмосферному повітрі, що у свою чергу відкриває можливості оцінити якість повітря та його вплив на здоров'я населення згідно методики МОЗ України.

Незважаючи на труднощі воєнного стану, фахівцям Центру в повній мірі вдалось забезпечити проведення оперативного моніторингу якості та безпечності атмосферного повітря та своєчасний і регулярний обмін інформацією з відомствами та органами виконавчої влади та місцевого самоврядування. Результати моніторингових досліджень атмосферного повітря є інформаційним ресурсом та підґрунтям для регулюючих дій, оцінки екологічної шкоди, завданої війною, та планування заходів з відновлення довкілля.

Відсоток перевищень нормативів вмісту забруднюючих речовин в атмосферному повітрі м. Запоріжжя, виявлених в ході моніторингових досліджень



Відсоток нестандартних досліджень щодо вмісту окремих хімічних речовин в атмосферному повітрі на території житлової забудови м. Запоріжжя

Досліджуваний показник	2024р, % перевищень ГДК	2023р, % перевищень ГДК	2022р, % перевищень ГДК
Зважені речовини	5,2	2,0	2,6
Аміак	1,8	3,1	4,2
Фенол	13,4	14,5	22,2
Формальдегід	9,4	9,7	9,2
Сірковуглець	13,3	35,7	13,0
Сірководень	20,3	20,5	40,9
Азоту діоксид	0,2	0,2	0,5



ВИРІШЕННЯ РАДІАЦІЙНИХ ТА ЯДЕРНИХ ЗАГРОЗ У РЕГІОНІ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАГУВАННЯ



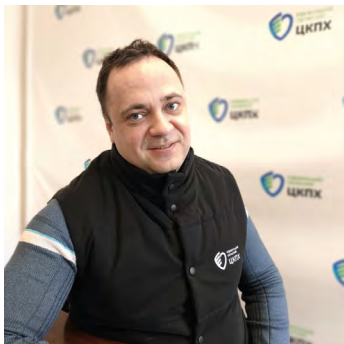
Роман САФОНОВ

генеральний директор ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»



Сергій БЕРНАДСЬКИЙ

т. в. о. завідувача відділу готовності та реагування на надзвичайні ситуації ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»



Дмитро ПОЛЮХОВИЧ

завідувач лабораторії фізичних факторів ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»

Рівненщина розміщена в зоні впливу двох АЕС, а зважаючи на агресивного сусіда, який щоразу демонструє неадекватну поведінку щодо об'єктів атомної енергетики, загроза радіаційних та ядерних інцидентів стає як ніколи актуальною. Захист населення та навколишнього середовища від можливих наслідків таких загроз — це комплексне завдання, що вимагає чіткої координації між державними структурами, науковими установами та громадськістю.

На рівні Рівненської обласної державної адміністрації розроблено та діє план реагування на надзвичайні ситуації радіаційного характеру, котрий визначає алгоритми дій усіх залучених служб та структур у разі виникнення такої загрози в регіоні.

Важливу роль у цій системі відіграє наша установа, яка є частиною підсистеми цивільного захисту. У Рівненському центрі контролю та профілактики хвороб створено 15 груп радіаційного спостереження та дозиметричного контролю, які здійснюють моніторинг та оперативне реагування на можливі загрози.

Ефективне реагування неможливе без попередньої підготовки. Саме тому Центр бере активну участь у навчаннях з питань радіаційної безпеки, що дозволяє належно оцінювати ситуацію та вживати відповідних заходів. Взаємодія між усіма службами — критично важливий аспект запобігання радіаційним загрозам. Без злагодженої роботи кожної ланки — від рятувальників і медиків до екологів та представників місцевої влади — система реагування не буде достатньо ефективною.

Щороку проводяться масштабні навчання, під час яких фахівці всіх відповідальних організацій працюють в умовах, максимально наближених до реальних. Зокрема, у 2023 році навчання відбулися у Сарненському та Вараському районах,

а у 2024 році — у Рівненському районі, на території Гошанської громади (фото 1, 2). Ці тренування дозволяють не лише відпрацювати алгоритми дій, а й виявити слабкі місця в існуючих механізмах реагування.

Залучення населення є ще одним надзвичайно важливим аспектом підготовки. Під час навчань громадянам демонструються практичні дії у разі надзвичайної ситуації, а також надаються інструкції щодо користування засобами індивідуального захисту, укриття та евакуації. Інформаційне висвітлення цих заходів не лише підвищує рівень обізнаності громадян, а й додає їм впевненості у власній безпеці. Також організовуються просвітницькі лекції та тренінги, де роз'яснюється порядок дій у разі радіаційної аварії, правила користування засобами індивідуального захисту та евакуаційні маршрути.

Постійний контроль за рівнем радіаційного забруднення є запорукою безпеки. Наша установа регулярно досліджує фактори навколишнього середовища, зокрема рівень гамма-фону у повітрі. Вимірювання проводяться тричі на день у п'яти населених пунктах, а результати щоденно публікуються на офіційній Facebook-сторінці Центру. Державна служба України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) також здійснює моніторинг та оприлюднює інформацію про рівень радіаційного забруднення на своїх офіційних ресурсах.



Окрім того, громадяни можуть самостійно відстежувати дані про радіаційний фон через інтернет-ресурс SafeEcoBot, де представлена інтерактивна карта з актуальними показниками. Це дозволяє кожному пересічному громадянину отримувати начасну інформацію та вживати відповідних заходів безпеки у разі необхідності.

Гарантування безпеки — це не лише фізичний захист людей, а й ментальний. Усвідомлення

того, що ситуація контролюється, що є механізми реагування та фахівці, які працюють над запобіганням загрозам, допомагає уникнути паніки та зберегти спокій у суспільстві. Для цього проводяться інформаційні кампанії, де пояснюється, які заходи вживаються для мінімізації ризиків та що саме роблять спеціалісти у разі надзвичайних ситуацій.

Системна робота нашої установи у співпраці з іншими

державними органами та населенням створює ефективний механізм реагування на можливі радіаційні та ядерні загрози. У сучасних реаліях така підготовка — це не лише вимога часу, а й життєва необхідність. Дотримання чітко визначених алгоритмів, своєчасне інформування громадян та комплексний підхід до радіаційної безпеки дозволяють забезпечити максимальний рівень захисту людей навіть у складних умовах війни.





ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ: ПРОФЕСІОНАЛІЗМ І ОПЕРАТИВНІСТЬ У ДІЇ



Дмитро БОНДАРЕНКО
генеральний директор ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»

Знання причин і характеру надзвичайних ситуацій (далі — НС) — це основа для ефективного реагування, яка дозволяє вчасно, компетентно, якісно та фахово реагувати на надзвичайну подію та мінімізувати вплив на навколишнє середовище і здоров'я людей.

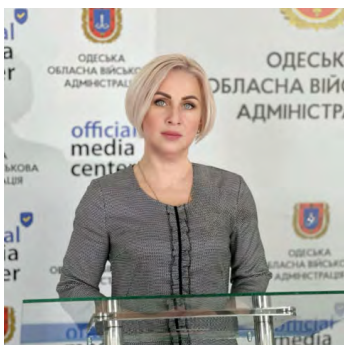
З 2022 по 2025 роки надзвичайні ситуації на території Одеської області, зареєстровані ЦКПХ, включають різноманітні інциденти, зокрема пожежі, вибухи на промислових підприємствах та об'єктах інфраструктури, поява невідомого запаху атмосферного повітря, а також забруднення водних об'єктів, спричинені військовими діями такі як підрив Каховської ГЕС, розлив мазуту в акваторії Чорного моря. Кожен з таких випадків вимагає миттєвого й злагодженого реагування, щоб мінімізувати їхні наслідки.

В результаті реагування на події нами були отримані корисні навички, а саме важливість значення проведення постійного соціально-гігієнічного моніторингу, безперервний контроль якості води, ґрунту, повітря та інших факторів навколишнього середовища. Викид небезпечних речовин безпосередньо чи опосередковано може негативно вплинути на життя та здоров'я людей, сприяти виникненню гострого чи хронічного захворювання, отруєння, завдати шкоди довкіллю та призвести до загибелі тварин та рослин. Ці події вимагають мобілізації всіх можливих ресурсів для вчасного та якісного реагування на надзвичайну ситуацію та ліквідації її наслідків.

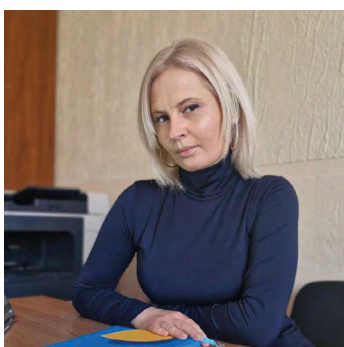
15 грудня 2024 року стало днем, який змінив екологічну ситуацію в Чорному морі. У Керченській протоці під час шторму затонули два російські танкери — «Волгонейфть-212» і «Волгонейфть-239». Їх розкололо навпіл, і в результаті тисячі тонн мазуту опинилися у воді. Це стало прямою загрозою для біорізноманіття регіону.

Діяли негайно. В рамках реагування на НС, та з метою реалізації статутних завдань та функцій фахівці відділу моніторингу та реагування на небезпеки проводили постійний моніторинг відкритих джерел інформації та перебували в постійному діловому контакті з профільним департаментом Одеської обласної державної (військової) адміністрації, науковцями та іншими залученими службами та відомствами щодо динаміки розповсюдження мазуту в акваторії Чорного моря, та можливості потрапляння мазуту до берегів морського узбережжя Одеської області. На початку січня було проведено засідання Оперативного центру реагування на надзвичайні події, на якому було прийнято рішення щодо активації групи реагування хімічного спостереження та контролю, для проведення посиленого моніторингу якості морської води в визначених точках, вздовж усього узбережжя міста Одеси та Одеського району з урахуванням напрямків морської течії. Фахівці відбирали проби морської води та аналізували вміст нафтопродуктів у лабораторних умовах. Завдяки підтримці наших міжнародних партнерів лабораторії ЦКПХ оснащені сучасним обладнанням, за допомогою якого наші фахівці можуть опановувати сучасні методики досліджень та проводити якісний аналіз відібраних зразків навколишнього середовища.

Завдяки спільній роботі з місцевими та державними органами влади вдавалося швидко реагувати на виклики, вживати необхідні заходи для мінімізації ризиків та забезпечувати громадян актуальною інфор-



Тетяна ДОРОШЕНКО
заступниця генерального директора ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»



Оксана БІЛЕНКО
в.о. завідувача відділу моніторингу та реагування на небезпеки ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»

ТЕХНОГЕННІ КАТАСТРОФИ, СПРОВОКОВАНІ РОСІЄЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ, СТАЛИ УДАРОМ ПО ВСІХ СИСТЕМАХ ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УКРАЇНИ: ВІД ВОДИ І СВІТЛА ДО ХАРЧУВАННЯ Й ЕКОЛОГІЇ.

Радіаційна безпека - окупація ЧАЕС та зони відчуження

Військова активність на території Чорнобильської АЕС (лютий 2022). Об'єкт використовували як військову базу — зокрема розміщували техніку та особовий склад. Втрати:

- ризик розповсюдження радіації у повітрі;
- морально-психологічний тиск на працівників та населення;
- порушення наукового моніторингу у зоні відчуження.

Енергетичні втрати - руйнування критичної інфраструктури

Каховська ГЕС – знищення гідротехнічної споруди, яка виробляла електроенергію та регулювала рівень води у Південній Україні.

Зміївська ТЕС, Трипільська ТЕС, інші ТЕС і трансформаторні підстанції – десятки атак дронами й ракетами призвели до перебоїв електро- і тепlopостачання для мільйонів українців.

Хімічні загрози - атаки по промислових об'єктах

Витік аміаку в Сумах (березень 2022) та пошкодження хімічних підприємств, нафтобаз, складів з агрохімією. Втрати:

- забруднення повітря та ґрунту, небезпека для життя;
- дестабілізація логістики агрохімії та палива;
- витрати на санітарну та екологічну ліквідацію.

Водні ресурси - втрата Каховського водосховища

Підлив дамби спричинив втрату понад 70% об'єму Каховського водосховища. Втрати:

- руйнування системи зрошення 584 тис. га аграрних земель;
- десятки мільйонів гривень на будівництво нових магістральних водогонів;
- загибель риби, деградація прибережної екосистеми.

мацією. Це дозволило запобігти дезінформації, знизити рівень паніки та сприяти координації дій серед усіх залучених служб.

Проведено засідання обласної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій, на якому обговорювалося питання про додаткові превентивні заходи щодо недопущення екологічної катастрофи в акваторії Чорного моря на території Одеської області у зв'язку із значним виток мазуту та ліквідації забруднення.

Проводились наради за участю екологів, науковців, інших служб та відомств. Під час зустрічі обговорювалися дії у випадку надзвичайної ситуації, зокрема, плани реагування в межах міжсекторальної взаємодії, а також питання розширення моніторингових точок для відбору проб морської води і дослідження на наявність нафтопродуктів.

За результатами лабораторних досліджень морської води, наразі рівень забруднення не перевищує допустимі нор-

ми. Однак це не означає, що небезпека минула. Мазут через низьку температуру морської води перебуває у вигляді згустків. Він може зберігатися у такому стані протягом кількох місяців, створюючи дві потенційні загрози: осідання на дно північно-західного шельфу або подальший викид на узбережжя Одещини. За прогнозами науковців, при підвищенні температури води мазут може піднятися на поверхню та створити нафтову плівку, що може призвести до явища гіпоксії та загибелі живих організмів, таких як риба, молюски, морські птахи. При ймовірності виникнення вторинного забруднення через підвищення температури навколишнього середовища моніторинг морської води буде відновлений.

Кризи також вказують, що інформування населення – це не просто формальність, а питання обізнаності. Доступ до перевірених даних, роз'яснення про загрози та шляхи їх уникнення допомагають запобігти ще більшій катастрофі, пов'язаній із недостатністю або відсутністю інформації для населення.

Під час участі в ліквідації надзвичайної ситуації, пов'язаної з виток мазуту, нами був отриманий новий досвід, який підкреслив критичну важливість:

- безперервного навчання і вдосконалення системи реагування на НС у сфері громадського здоров'я;
- проведення постійного соціально-гігієнічного моніторингу навколишнього середовища;
- відкритої та якісної комунікації з населенням, з наданням своєчасної та достовірної інформації;
- чітко прописані плани оперативного реагування, з використанням чітких алгоритмів;
- злагодженої міжсекторальної взаємодії на всіх рівнях – від місцевого до національного;
- удосконалення нормативно-правової бази щодо вмісту окремих показників нафтопродуктів в водних об'єктах та оцінки проведених досліджень.

Тільки в такому випадку можна забезпечити вчасне та якісне реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.



ШУМ, РАДІАЦІЯ ЧИ ВІРУСИ — У ЛАБОРАТОРІЯХ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ДОСЛІДЖУЮТЬ УСЕ

Війна внесла багато коректив у діяльність майже всіх галузей. Та якщо для одних вона стала нездоланною перешкодою, інші знаходять можливість функціонувати навіть в таких непростих умовах. ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» в умовах воєнного часу змогла не лише зберегти свої потужності, а й продовжила розвиватися та виходити на нові рівні.

Завдяки підтримці Міністерства охорони здоров'я України, Центру громадського здоров'я та міжнародних партнерів, Державна установа «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» має можливість реалізовувати ініціативи, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення регіону.

Ця підтримка дозволяє впроваджувати сучасні методи профілактики, контролю та реагування на загрози громадському здоров'ю.

У лабораторіях Центру за допомогою сучасного високотехнологічного обладнання проводяться важливі дослідження.

Лабораторія особливо небезпечних інфекцій відіграє ключову роль у забезпеченні епідеміологічного контролю та ранньої діагностики захворювань, здійснює молекулярно-генетичні, серологічні, бактеріологічні та біологічні дослідження.

У лабораторії працює команда відданих своїй справі фахівців. Для своєї роботи фа-

хівці використовують професійне сучасне обладнання, закуплене завдяки підтримці міжнародних організацій. Воно дає змогу виконувати широкий спектр досліджень як для забезпечення моніторингу зовнішнього середовища, так і для діагностики інфекційних та неінфекційних захворювань.

Основна мета лабораторії — виявлення вірусних і бактеріальних патогенів, що можуть спричинити епідемії.

Одним із захворювань, яке становить значну загрозу для громадського здоров'я є туберкульоз, який залишається серйозною проблемою у світі та в Україні. Саме тому своєчасне виявлення латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) за допомогою квантиферонових тестів є важливим заходом для профілактики розвитку активного туберкульозу. Призначення тесту визначає лікар залежно від показань пацієнта.

Вірусологічна лабораторія — єдина в системі охорони здоров'я області сучасна високотехнологічна лабораторія.

Останнім часом лабораторія розширила свої можливості, розпочавши роботу із секвенування геному. Це дозволяє розшифрувати точну послідовність нуклеотидів у ДНК чи РНК збудника хвороби, зрозуміти його походження, мутації та прогнозувати подальший розвиток інфекції.

Бактеріологічна лабораторія здійснює бактеріологічні та серологічні дослідження за номенклатурою, регламентованою документами МОЗ України.

Основні напрямки діяльності бактеріологічної лабораторії:

- ідентифікація окремих збудників інфекційного процесу бактеріальної етіології;
- епідеміологічний моніторинг — спостереження за циркуляцією збудників серед населення та в навколишньому середовищі;
- визначення напруженості імунітету населення до певних інфекцій (дифтерії, правця, кашлюку).

Один із найважливіших технологічних проєктів, який впроваджено у лабораторії, — це використання мас-спектрометра MALDI-TOF виробництва американської компанії Bruker. Ця технологія дозволяє швидко й точно визначити структуру білкових молекул, що дає змогу ідентифікувати понад 11900 видів патогенів бактеріальної та грибової природи.



Паразитологічна лабораторія.

Паразити — невидима, але серйозна загроза для здоров'я людини. Саме тому паразитологічна лабораторія відіграє ключову роль у діагностиці та моніторингу цих небезпечних організмів.

У паразитологічній лабораторії проводяться комплексні дослідження, спрямовані на виявлення збудників гельмінтозів, протозоозів та демодеккозу в біоматеріалах людини. Крім аналізу біологічних матеріалів людини, лабораторія досліджує об'єкти навколишнього середовища: ґрунт, пісок, питну та стічну воду, овочі, фрукти, а також змиви з предметів побу-

ту. Це дозволяє оцінити рівень паразитарного забруднення та розробити ефективні заходи профілактики.

У санітарно-гігієнічній лабораторії проводяться фізико-хімічні дослідження за критеріями безпеки, відповідно до нормативно-правових документів. Кваліфіковані лікарі-гігієністи, біологи, лаборанти та молодші медичні сестри працюють над дослідженням води, повітря, ґрунту, харчових продуктів та навіть виробів із полімерних матеріалів.



Лабораторія фізичних факторів здійснює проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення тих показників, що можуть небезпечно впливати на стан здоров'я людини.

Завдяки наявності високоточних, новітніх приладів фахівцями лабораторії проводяться лабораторно-інструментальні заміри шуму, інфразвуку; освітленості, інтенсивності теплового випромінювання, ультрафіолетового випромінювання; вібрації; параметрів мікроклімату.

Усі лабораторії Центру здійснюють дослідження відповідно до атестату про акредитацію відповідно до вимог ДСТУ ISO/IEC 17025:2017 різних досліджень згідно з їхньою специфікою.

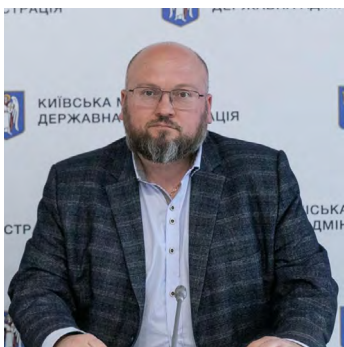
Сертифікація за ISO 15189:2022 підтверджує прагнення фахівців ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» до постійного вдосконалення задля забезпечення найкращої якості лабораторної діяльності.

Оксана ЧАЙЧУК

генеральна директорка ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», головна державна санітарна лікарка Тернопільської області, заслужений працівник охорони здоров'я України.

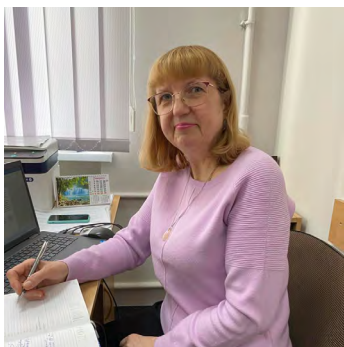


МОНІТОРИНГ ТА РЕАГУВАННЯ НА НЕБЕЗПЕКИ



Сергій ЧУМАК

генеральний директор ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України»,
головний державний санітарний лікар м. Києва



Світлана ПАВЛЕНКО

завідувачка відділу безпеки середовища життєдіяльності ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України»



Олексій ДАВИДЕНКО

лікар з гігієни праці відділу безпеки середовища життєдіяльності ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України»

У зв'язку з виявленням погіршення якості води річки Сейм на території Сумської області в серпні 2024 р. було розпочато щоденний моніторинг якості води річки Десна, Дніпро та Десенка на території м. Києва та проведений аналіз показників якості води водойм в місцях водозаборів та в межах зон рекреації.

У зв'язку з виявленням погіршення якості води річки Сейм на території Сумської області, в серпні 2024 р. було розпочато щоденний моніторинг якості води річки Десна, Дніпро та Десенка на території м. Києва та проведений аналіз показників якості води водойм в місцях водозаборів та в межах зон рекреації.

З метою запобігання розповсюдженню можливих катастрофічних наслідків для жителів Чернігівщини, Київщини та багатомільйонної столиці — міста Києва Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» 28.08.2024 р. було направлено лист до Чернігівського обласного, Київського обласного та Київського міського центрів контролю та профілактики хвороб щодо забезпечення щоденного контролю якості води річок Десна та Дніпро через забруднення води річки Сейм, на відповідність вимогам наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.05.2022 р. № 721 «Про затвердження Гігієнічних нормативів якості води водних об'єктів для задоволення питних, господарсько-побутових та інших потреб населення».

30.08.2024 р., 06.09.2024 р. відбулись засідання Постійної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), відповідно до Протоколів засідань проводилося постійне інформування про результати проведених досліджень. Активну участь у цій масштабній роботі брали представники ПрАТ «АК «Київводоканал» та комунального підприємства з охорони, утри-

мання та експлуатації земель водного фонду м. Києва «ПЛЕСО», що оперативно забезпечило фахівців ДУ «Київський міський ЦКПХ МОЗ» водним транспортом для відбору проб води та відповідно, підготовленими спеціалістами для супроводу. Проводився паралельний відбір проб води з ПрАТ «АК «Київводоканал» в місцях водозабору та постійний обмін результатами лабораторних досліджень.

Відбір проб води проводився щоденно з 29.08.2024 р. по 23.09.2024р. до особливого розпорядження ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» з річки Десна — водозабір «Створ № 28», з річки Дніпро — пляжі «Чорторий» та «Золотий», з річки Десенка — пляж «Молодіжний». Усього було досліджено 108 проб річкової води (виконано 732 дослідження) за санітарно-мікробіологічними показниками, з них — 44,8% проб (13,9% досліджень) не відповідали вимогам санітарного законодавства; за санітарно-хімічними показниками — 104 проби (виконано 3224 дослідження, з них 99% проб (5,3% досліджень) не відповідали вимогам санітарного законодавства.

Згідно з протоколами дослідження води були зафіксовані перевищення концентрації марганцю в 1,2-5,8 рази в пробах води із річки Десна «Створ №28»; в 1,2-2,2 рази в пробах води із річки Дніпро пляжу «Чорторий» та річки Десенка пляжу «Молодіжний»; в 1,2-1,9 рази в пробах води із річки Дніпро пляжу «Золотий» (концентрація марганцю в нормі не > 0,1 мг/дм³). (Таблиця 1). Концентрація лактозопозитивних кишкових паличок досягла максимальних рівнів — 2×10⁵ в



усіх контрольних точках, мінімальна складала — 1-3,7×10³ в контрольній точці р. Дніпро, на пляжі «Чорторий» (при нормі не > 5×10³). (Таблиця 2). Відмічалися перевищення за показником «запах» — 2-3 бали (при нормі не > 1 бал). Значне перевищення індексу лактозопозитивної кишкової палички було обумовлене сезонним характером та пов'язане з підвищенням температури повітря та активним ростом бактерій та водоростей у річковій воді.

Вище зазначені показники не відповідали нормативам, а також свідчать про забруднення води річок органічними речовинами, але достовірно стверджувати, що перевищення показників повністю пов'язані із забрудненням річки Десна та річки Дніпро викидами Російської Федерації, ми не можемо через те, що підвищені концентрації заліза та марганцю у поверхневих водах можуть бути зумовлені природними чинниками (сезонні коливання температур повітря і води, опади, зміни водності водотоків, підвищені рівні марганцю, заліза в ґрунтових водах, характер ґрунтів тощо) та антропогенними забруднювачами. На сьогодні в м. Києві найбільшим

джерелом забруднень відкритих водойм та ґрунтових вод є каналізаційні стічні води, промислові та побутові відходи, а також надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин у процесі поверхневого стоку води із забудованих територій та сільгоспугідь, що також необхідно враховувати.

Незважаючи на те, що у р. Десна та р. Дніпро в досліджуваний період вода не відповідала встановленим нормам, питна вода централізованого водопостачання, що надходить до помешкання киян, відповідає вимогам ДСанПіН 2.2.4-171 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної до споживання людиною», ДСанПіН від 22.04.2022 р. № 683 «Показники безпечності та окремі показники якості питної води в умовах воєнного стану та надзвичайних ситуацій іншого характеру» та контролюється Державною установою «Київський міський центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» щоденно, щомісячно та щоквартально. Результати моніторингових досліджень, проведених в 4 кварталі 2024 р. та I кварталі 2025 року, свідчать про те, що вода в місцях водо-

заборів відповідає нормативам.

Завдяки злагодженій роботі всіх залучених установ та організацій відбувалося проведення щоденних моніторингових досліджень показників води річок до того періоду, поки показники не знизилися до нормованих.

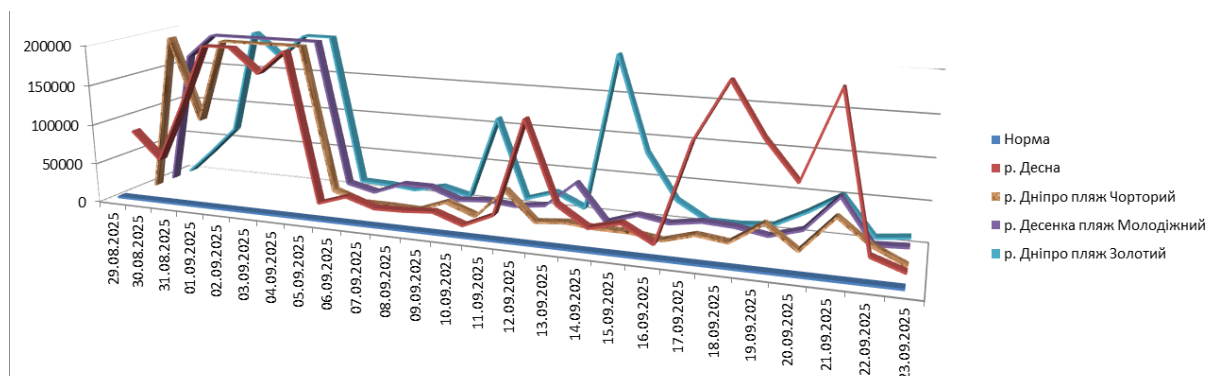
Слід зауважити, що подібні інциденти можуть виникнути в різний період року через бойові дії, та навіть із їхнім закінченням випадки забруднення водойм можуть відбутися і надалі. Тому для запобігання виникнення подібних ситуацій необхідно планувати проведення періодичних моніторингових досліджень впродовж року для спостереження за досліджуваними показниками в динаміці та виключення можливих чинників забруднення.

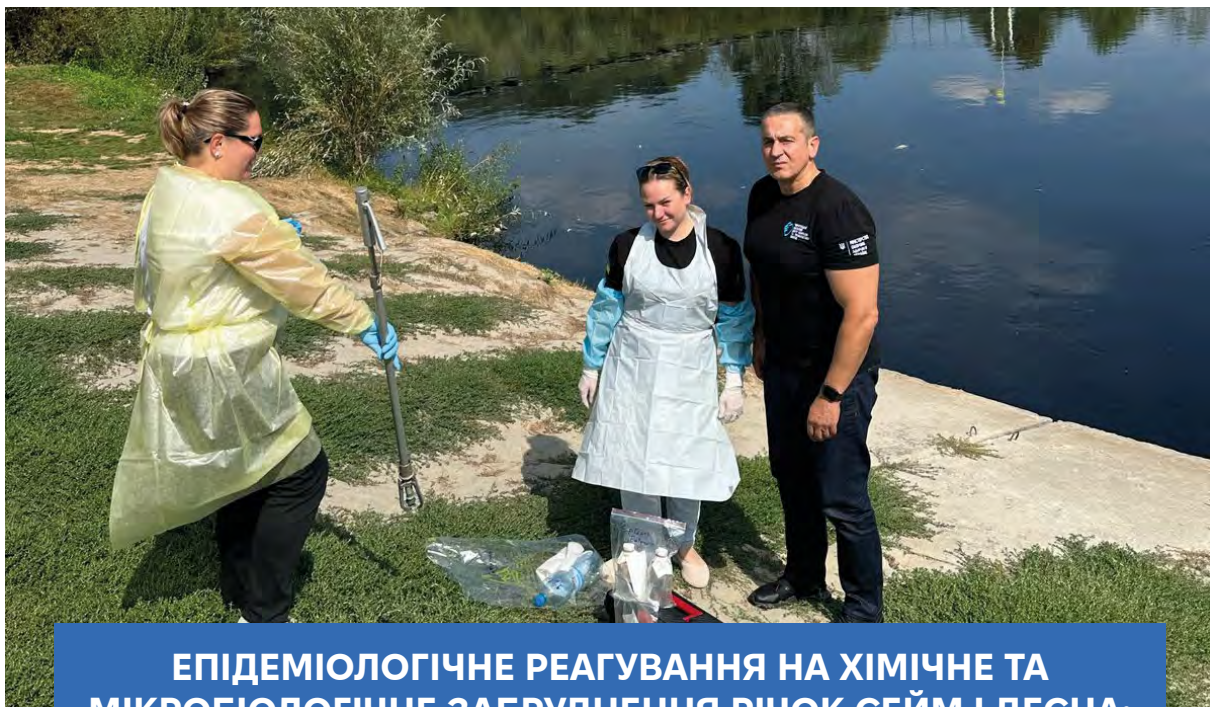
Досвід моніторингових досліджень води річок Десна та Дніпро в період кінця літа – початку осені 2024 року та вжиття необхідних заходів показав спроможність ефективного реагування системи центрів контролю та профілактики хвороб на надзвичайну ситуацію із забруднення води для запобігання негативному впливу на здоров'я населення.

Таблиця 1. Концентрація марганцю в контрольних точках на річках Дніпро, Десна, Десенка



Таблиця 2. Концентрація лактозопозитивних кишкових паличок (індекс ЛКП) в контрольних точках на річках Дніпро, Десна, Десенка





ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ РЕАГУВАННЯ НА ХІМІЧНЕ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ЗАБРУДНЕННЯ РІЧОК СЕЙМ І ДЕСНА: ДОСВІД ЧЕРНІГІВСЬКОГО ОЦКПХ МОЗ УКРАЇНИ

Забруднення річок Сейм та Десна стало однією з найбільших екологічних катастроф на півночі України в 2024 році. Це явище мало серйозні наслідки для екосистеми, водних ресурсів і здоров'я населення. Основною причиною забруднення річки Сейм стало скидання нечистот із цукрового заводу в російському місті Тьоткіно Курської області. Викид органічних відходів призвів до різкого зниження рівня кисню у воді, що спричинило масовий мор риби. Ці забруднювальні речовини поступово переміщувалися вниз за течією, досягнувши річки Десна та міста Чернігів

Після отримання інформації про забруднення річки Сейм невідомими речовинами та на виконання рішення засідання Державної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій ДУ «Чернігівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», з Чернігівською обласною військовою адміністрацією, управлінням екології облдержадміністрації, керівниками органів місцевого самоврядування спільно визначили та погодили з Міністерством охорони здоров'я України 9 моніторингових точок для дослідження води.

Вже з 27 серпня фахівці санітарно-гігієнічної та бактеріологічної лабораторій Центру забезпечили щоденний, включаючи вихідні дні, моніторинг якості води річок Сейму та Десна. Моніторинг проводився в 2-х точках на річці Сейм та, внаслідок того, що забруднена вода з р. Сейм повільно пересувалась до р. Десна, в 7-ми точках на річці Десна. Оскільки джерело та хімічний склад забруднення були невідомими, в перші два дні проводилися дослідження води за розширеною номенклатурою. Досліджувалось 46 санітарно-хімічних показників води (зокрема важкі метали, пестициди, АПАР, нафтопродукти,

феноли та формальдегід) та 5 мікробіологічних показників. В подальшому моніторинг проводився за 9 санітарно-хімічними показниками (запах, колір, водневий показник (pH), розчинений кисень, залізо загальне, марганець, фтор, фенол, ХСК) та мікробіологічними показниками.

За результатами перших досліджень було виявлено, що на р. Сейм перевищення ГДК спостерігається по марганцю, залізу загальному та фенолам. Інтенсивність запаху при нормі 1 бал складала 5 балів. Також, 27 та 28 серпня на р. Сейм спостерігалось перевищення ГДК за фтором та одноразово виявлені незначні кількості карбофосу. За мікробіологічними показниками зафіксовано перевищення в 5-14 разів вмісту лактозопозитивної палички.

Очікувано, внаслідок високої температури повітря, щільної поверхні та проходження біохімічних процесів в плямі, був зафіксований критично низький рівень розчиненого кисню та високий рівень ХСК. Протягом першого тижня на р. Сейм розчинений кисень при нормі вище 4,0 мгО₂/л тримався на рівні 0,05-2,0 мгО₂/л. На р. Десні протягом того ж періоду його значення були в



межах від 2,5 до 4 мгО₂/л. На початку спостережень значення ХСК на обох річках перевищувало ГДК у 2-3 рази, наприкінці спостережень його значення перевищували ГДК в 1,2 -1,3 рази.

Забруднення йшло двома хвилями. В першу хвилю (27 серпня — 12 вересня) спостерігалось забруднення річок Сейм та Десна (на місці впадіння Сейму в Десну). Найбільшим забруднювачем виявився марганець. Так, концентрація марганцю на р. Сейм становила 50 ГДК в перші дні спостереження та повільно, з проходженням плато, коли значення тримались на рівні 14-16 ГДК, знижувалась до 3 ГДК. Значення загального заліза складали від 9-15 ГДК. Концентрація фенолів за цей період спостережень перевищувала ГДК у 2-3 рази. По мірі пересування забрудненої води, значення концентрації вищевказаних показників в воді р. Десна також збільшувались. В найближчій точці до р. Сейм забруднення р. Десни було зафіксовано з першого вересня та



його розповсюдження до кінцевої точки моніторингу продовжувалося 2 тижні. Мікробіологічне забруднення р. Десна зафіксовано 30 серпня (м. Чернівці, район човневої станції). Крім того, 9-14 вересня у пробах води було виявлено *S. aureus*. Внаслідок руху забрудненої води по течії Десни значення заліза перевищувало ГДК в 2-5 разів, марганцю в 2-3 рази. Перевищень по фенолу вже не спостерігалось.

Друга хвиля забруднення р. Сейм (10-16 вересня) була менш інтенсивною і більше вплинула на мікробіологічне забруднення – вміст лактозопозитивної палички перевищував норму в 2,5 рази.

До середини третьої декади вересня ситуація стабілізувалась. Останні моніторингові дослідження води з р. Сейм та Десна проводилися 27.09.2024 року, результати яких не показали відхилень від нормативних показників.

За весь період надзвичайної ситуації в лабораторії Центру доставлено 269 проб води (про-

ведено 2984 санітарно-хімічних та 1345 мікробіологічних досліджень).

Під час виникнення надзвичайної ситуації спеціалістами ДУ «Чернігівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» проведено відбір проб та дослідження атмосферного повітря на вміст аміаку та сірководню в населених пунктах біля річки Сейм та Десна. Перевищень гранично-допустимих концентрацій не виявлено.



Враховуючи, що в перші дні забруднення річок спостерігався мор риби, існувала реальна загроза виникнення спалаху ботулізму серед населення області. З метою профілактики захворювання фахівцями ДУ «Чернігівський ЦКПХ МОЗ» проводилися зустрічі з керівниками органів місцевого самоврядування, власниками ринків, посилена інформаційно-просвітницька робота серед населення. Так, на 18 ринках розміщено оголошення про небезпеку вживання риби з річок Сейм та Десна, в засобах масової інформації поширено 10 статей, прочитано 45 лекцій та проведено 251 бесіду (загальна кількість слухачів — 1311осіб). Відсутність випадків ботулізму стали підтвердженням ефективної комунікаційної роботи.

ДУ «Чернігівський ЦКПХ МОЗ» спільно зі спеціалістами закладів первинної медико-санітарної допомоги здійснювався моніторинг стану здоров'я населення, яке проживає вздовж річок Сейм та Десна. Збільшення кількості звернень на погіршення здоров'я не спостерігалось.

Світлана ПИРОЖКОВА

завідувачка санітарно-гігієнічної лабораторії ДУ «Чернігівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Наталія ВЕДЕНЄСВА

завідувачка бактеріологічної лабораторії ДУ «Чернігівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»..

**УДАР ПО НАЙБІЛЬШІЙ ДИТЯЧІЙ
ЛІКАРНІ УКРАЇНИ:
ЧЕРЕЗ РІК МЕДИКИ «ОХМАТДИТУ»
ПАМ'ЯТАЮТЬ УСЕ**



8-го липня 2024 року по найбільшій дитячій лікарні країни НДСЛ «Охматдит» росія вдарила смертоносною ракетою.

Тоді загинуло двоє людей — лікарка-нефролог Світлана Лук'янчук та дідусь однієї з пацієнток Володимир Петrenchенко. Унаслідок атаки за медичною допомогою звернулися 32 поранених.

Та вже за два тижні після удару клініка відновила роботу, а за півтора місяці тут провели першу трансплантацію.

Про 8 липня всі працівники «Охматдиту» як один кажуть, що той день починався як звичайний понеділок. Але саме той день відібрав таке стійке переконання, що лікарня, тим паче дитяча, — найбезпечніше місце під час тривоги. Через багато місяців у працівників досі стійкі спогади. Що змінила і на що не вплинула та ракетна атака — в історіях працівників «Охматдиту».

«НІКОЛИ НЕ БЕРУ ЛІКАРНЯНИХ. І ТОДІ НЕ ВЗЯЛА»



Інна БОНДАРЕНКО, старша медична сестра відділення інтенсивної терапії. В «Охмадиті» працює 24 роки. Старшою медсестрою – два роки. Вибуховою хвилиною жінку кинуло на скло, яке її посікло.

«Ми, як завжди, прийшли на роботу. Розподілились по своїх місцях: в операційну, в палати. Всі пішли працювати. Тут пролунала тривога. Ми як зазвичай все виносимо, вивозимо дітей тяжких в коридор. Вивезли і дещо забули взяти, я повертаюся в кабінет, і тут лунає цей вибух».

Вибуховою хвилиною жінку підняло і кинуло на підлогу.

«Я пам'ятаю, що воно якось мене підняло вгору і пам'ятаю, що я падаю. І, мабуть, на мене

впало скло і я проїхалась по цьому склу, яке випало з вікна».

Інні Вікторівні порізало обличчя, руки, шию.

«Глибокі поранення. Довелося просити про допомогу, мене зашивали. Але зашили, заклеїли все і старалися далі дітей рятувати. Слава Богу, з дітьми все добре було. Але в сусідньому відділенні біля нас почалася пожежа. Ми все-таки побігли, взяли вогнегасники».

Попри такі поранення жінка залишилася в лікарні до вечора і допомагала, збирала з колегами дитячі речі, готувала дітей до переведення в інші лікарні. Прийшла і на другий день. Лікарняного не брала.

«Я в принципі, ніколи лікарняних не беру. Для мене це якось наче кинути. Мені треба було організувати роботу медичних сестер, щоб це все підтримати, помити, скласти. Ну, потім зробила МРТ голови, бо голова боліла трохи. Почала потім лікувати, деякі частки скла залишилися під шкірою, але з часом почало випадати».

Після пережитого тоді в медсестри на перших порах був страх під час сигналу повітряної тривоги.

«Спочатку було так, що прямо бачу цей вибух, а коли заходиш на територію, то взагалі якось, коли це все зруйноване, не все, але майже все. Взагалі дуже важко. Ну, зараз вже розумію, що життя триває, ми нічого не можемо вдіяти. Не зупиняємося, працюємо, але важко, важко. Колектив, слава Богу, лишився. Ніхто не кинув, всі допомагають».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка



«МИ ВСІ ВВАЖАЛИ, ЩО НА НАШІЙ ЛІКАРНІ СТОІТЬ PATRIOT»



Максим ГОЛОВАТЮК, лікар-анестезіолог. У лікарні «Охматдит» із 2011 року. Переважно робота в операційній. У цій же лікарні працює і дружина. Усе життя лікар в операційній на операціях різної складності.

«Як завжди, було багато біганини, роботи, вирішення всяких проблем робочих. Ну, як завжди, як в кожній роботі в понеділок. Звичайний робочий день. Була тривога. Яюсь так. Трохи самовпевнені були. Ми всі вважали, що на нашій установі стоїть Patriot [іронічно усміхається — Ред.], що сюди ніколи в житті нічого не прилетить. Але реальність виявилася трошки іншою».

У той день він чергував. У відділенні анестезіології було кілька важких пацієнтів. Один із них був підключений до трьох апаратів. Його не перемістили в укриття, бо був дуже критичний. У момент прильоту посипалося скло, але злякатися не встигли, треба було далі працювати.

«Ми швидко оцінили ситуацію, сховали, перевезли цього пацієнта у більш безпечне місце і одразу вже побігли надавати допомогу до того корпусу, де прийшовся основний удар».

Навіть ті співробітники, які були вихідні, чи після зміни, приїхали в «Охматдит», не змогли залишатися вдома.

«Колеги почали допомагати, надавати допомогу, евакуйовувати, розбирати завали. Було так дуже гарно, знаєте. От у пам'яті зали-

шилось те, що ми були згуртовані, всі як один, як один механізм. Потім, звісно, прийшла дуже велика кількість волонтерів, які допомагали, прибирали. Людська пам'ять тим хороша, що їй притаманно забувати погане, але точно ніхто не плакав, істерик не було, всі вставали, йшли, робили».

Усвідомлення того, що сталося, прийшло на вихідних [удар стався в понеділок — Ред].

«Я просто от сам собі подумав, що якби трошки там скоригували, 20-50 метрів прийшла би ракета, в наш корпус, то, можливо, я би вже і не сидів би тут. А в мене в цьому корпусі працює і дружина. Чомусь у нас була така впевненість, знаєте, що ніхто не зможе... Ну, це треба просто мати якийсь... ну, не знаю що мати в голові, щоб запустити по дитячій лікарні ракету. Ну, от справді, я не знаю. Але, на жаль, так сталося».

Але в першу ніч після удару Максим Вікторович залишився ночувати в лікарні.

Алгоритм дій після удару не змінився. Адже він спрацював хай не на 100%, але на 90%, каже медик. Місяців два-три відчувалося, що пацієнтів менше. Але зараз завантаження повне, як наприкінці 2021 року. Бракує персоналу, особливо молодшого та середнього, сестер, санітарок, але лікарів теж.

«З лікарями плюс-мінус поки є, але от у нашому відділенні шість лікарів у ЗСУ. Справляємося поки як можемо. Допомагаємо, донатимо, ну, завжди з ними на зв'язку».

І за два тижні лікарня відновила свою роботу. Приблизно через місяць чи півтора після ракетного удару в «Охматдиті» вже провели першу трансплантацію. Дитині пересаджували нирку. Максим Вікторович теж був на цій операції.

«Тобто ми відновилися, я ж кажу, спеціалісти були, можливості були. Залишилися палати, які функціонують. І Слава Богу, що ми відновилися в повному об'ємі. Хочу всім своїм колегам подякувати, сказати, що я іще раз переконався в їхній професійності, в їхній людяності. Кожного можу обійняти і сказати в обличчя. Це все підтвердилось того понеділка. Я хочу сказати, що якщо ми всі будемо такими, як ми були восьмого числа, нас ніхто не здолає, і все».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка



«СПОЧАТКУ ТИ РОБИШ РОБОТУ, А ПОТІМ ВЖЕ МОЖНА І ПОСТРЕСУВАТИ»



Олена ГОВОРОВА, лікар-інтерн, дитячий хірург. Працює з пацієнтами, документацією, веде амбулаторний прийом і бере участь у хірургічних втручаннях

«Як мені пам'ятається, спочатку був вибух, бо була вібрація. І вже потім звук. І одразу все було в темряві, тобто одразу вимкнулось світло і одразу все було в склі. І потім вже через пару секунд, коли ти розумієш, що все це скло не в тобі, ти вже починаєш думати, що робити далі».

А далі було багато роботи. В першу чергу треба було перевірити, чи працюють ургентні операційні, адже вибух означає, що будуть поранені.

«І перше, що спрацювало, це подивитись, чи вони працюють і враховуючи відсутність світла, чи є центральна подача кисню. Її не було. А враховуючи вибух, то розумію, що буде багато поранених, то можна буде покладатися виключно на той кисень, який є в балонах. Враховуючи кількість скла, тобто ти розумієш, що це якраз приблизно половина, ну, як мінімум чверть корпусу, всі приміщення, де є скло, а це — палати, де можуть знаходитися хворі. І не всі абсолютно мали можливість спустити їх донизу».

Наступна думка була про операції. Правила в лікарні такі, що якщо повітряна тривога вже оголошена, хворих не починають оперувати, вони очікують закінчення тривоги. Але якщо оперативне втручання почалося ще до сповіщення про тривогу, то операцію продовжують.

«У відділенні ендоскопії, я знала, що є дитина в наркозі. Сама маніпуляційна без вікон, але ми не знали, яка справжня сила удару цієї вибухової хвилі. Тому я побігла туди. Там вже, слава Богу, закінчилася сама процедура і дитину вже якраз вивозили з операційної, передавали дуже схвилюваній сім'ї».

А далі треба було швидко організувати роботу, сортування поранених та хворих, було задимлення і повідомлення про пожежу, тож людей треба було скоординувати таким чином, щоб вони не панікували і щоб усі, кому потрібна була допомога, її отримали.

«Окрім співробітників відділення, там були і хірурги, і наші хірурги-трансплантологи, тобто всі, хто спустився. Вони всі швидко організували такий умовно пропускний пункт для всіх цих людей поранених, для співробітників поранених. На двох столах одразу перев'язували. Зашивали, якщо була необхідність, надавали першу медичну допомогу. І нашим співробітникам теж необхідна була досить така серйозна допомога».

Кисневозалежні діти, які були на ШВЛ і яких не переміщують щоразу до укриття, на щастя, не постраждали. Їх приблизно протягом години відправили до інших закладів. Комунікація з лікарнями, які можуть прийняти хворих, відбувалася дуже швидко.

Зараз Олена все на тій же посаді, робить свою роботу, але каже, помітно змінилося відчуття безпеки в лікарні.

«Дуже багато хто пам'ятає 8-ме число, дуже багато людей питає, ну, як це так можливо? Я теж питала себе, як це можливо. Тобто завжди було таке на підкорковому рівні розуміння, що це ж «Охматдит», сюди ніколи не прилетить. Це найзахищеніше місце. Ми там почували себе набагато безпечніше, ніж у своїх домівках. Але бачите, як буває. І ми на собі відчули, що ніхто ніколи не може бути в повній безпеці. Треба розуміти, що це може відбутись будь-де, будь-з-ким. Треба бути до цього готовими, навченими, натренованими. Треба весь час проводити заняття і особисті, і групові у команді стосовно і сортування, і протоколів відпрацьованих вже давно. Це все рятує життя».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка



«ШВИДКА» МУСИЛА З СИРЕНОЮ ПРОЇЇДЖАТИ ЧЕРЕЗ ЗАТОРИ. І Я НЕ РОЗУМІВ, ЩО ЦЕ ЗАТОРИ З ТИХ ОХОЧИХ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЇДУТЬ ДОПОМАГАТИ»



Богдан ДОВГАНІК, лікар-анестезіолог відділення анестезіології НДСЛ «Охматдит». 8 липня в момент удару був на чергуванні в реанімації, де під його наглядом було троє пацієнтів. Накрив собою найкритичнішого пацієнта.

«Відколи слідкую за новинами, не дивуюсь нічому, що стосується росіян. Але була надія, що це таке намолене місце, Бог нас береже, і все буде добре. Тому в принципі не вірилось. Ми зазвичай читаємо Telegram-канали, щоб розуміти, що це, чи це безпілотники, чи це ракети, які це ракети і так далі. Ну, як і всі, так? Лікарі так само читають».

І коли стало очевидним, що тривога і загроза реальна, медики за алгоритмом зробили все, щоб вберегти пацієнтів, їхніх рідних та своїх колег. Алгоритми евакуації під час повітряних тривог відпрацьовані, всі максимально спускаються в укриття. Але з тяжкими – все тяжче. Транспортувати їх навіть в укриття – небезпечно. Тож критична дитина залишилася в реанімації.

«Щоб транспортувати одну реанімаційну дитину, треба троє людей, купа техніки, яка має бути на батареях, балони з киснем, все. І це складно. Тому, якщо мова йде про важких реанімаційних пацієнтів, то ми завжди застосовуємо правило двох стін. Тому одну дитину ми одразу в іншу кімнату забрали. Інша була важка, на апараті штучної вентиляції легень і на апараті діалізу. Тобто в неї не працювали ні легені адекватно, ні нирки. Ну, і серцево-судинна система теж була в важкому стані. Транспортування такої дитини вже може бути

смертельним».

Лікар залишився з маленьким пацієнтом та його мамою. І коли почув, що тріщить скло, що приліт стався дуже близько, зрозумів, що прилетіло на територію лікарні.

«Перше, що я зробив, це написав дружині «прилетіло до нас, я живий». І далі я вже не відповідав на жодні дзвінки, бо їх було дуже багато в найближчу годину. Була сильна вибухова хвиля, потріскали вікна, дивом їх не вибило. Далі вибило електроенергію, що погано, в принципі, для таких апаратів. Ну і всі апарати почали пищати, що вони на резервних батареях. І одразу треба було зрозуміти, що пріоритетніше, що найшвидше може відключитися і без чого ця тяжкохвора дитина не зможе прожити».

Найпершим міг відключитися діалізний апарат, тож лікар встиг повернути кров із нього в пацієнта. Це приблизно 30% крові, яка би в апараті без живлення затромбувалася, і це була би крововтрата для дитини.

«Це дуже допомогло, дало хороший резерв цій дитині, ну, на майбутнє, на час транспортування вже в інший заклад. Нам дуже пощастило. А ще було добре, що в нас зберігся кисень, який критично важливий для пацієнтів. І щедесь годину функція ШВЛ в дітей могла виконуватись».

Цього найтяжчого хлопчика, який за кілька днів, на жаль, помер, дуже швидко перемістили до іншої лікарні. Богдан Довганик тоді поїхав із ним. Всіх госпіталізованих пацієнтів тоді перевели в інші медзаклади, комунальні, державні, приватні, але «Охматдит» відновився дуже швидко. Тож і пацієнти поверталися з радістю.

Те чергування Богдана Ярославовича мало закінчитися вранці у вівторок, але ракетна атака завершила його раніше.

«Ніби інколи хочеться бути вдома, але в цей вечір я не дуже був радий, що я повернувся додому, після всього, що ми пережили. Бо був якийсь такий бастион стабільності, яким була лікарня «Охматдит» для мене вже стільки часу. В час війни, коли були тривоги, де ми знаємо, що в нас є підвали, де ми розуміємо, що лікарнядесь трошки більш захищена, ну, з моральної точки зору, ніж інші об'єкти в умовах воєнного стану. Це все посипалось... Я розумію, що як лікар я далі буду потрібен країні, дітям і своїй сім'ї, але така була як невідомість...».

Водночас був у той жакхливий день момент, який дуже зворушив лікаря. Коли вже повертався на «швидкій» із Центру дитячої кардіології, куди супроводжував дитину, побачив, які затори.

«Я був здивований, «швидка» мусила з сиреною проїжджати через ці всі затори. І я не розумів, що це все затори з тих охочих людей, які їдуть допомагати розбирати завали лікарні. Це був такий сентиментальний момент. Вос-таннє я таке відчував, напевно, в 14-му році на Майдані. Коли люди просто підходили і пита-ли, чим допомогти. Таке круте відчуття, тобто з одного боку такий десь розпач, що, постраж-дала лікарня, що загинули люди, невідомо, які ще можуть бути жертви далі. А з іншого боку, відчуття таке, що нас не кинули напризволяще і що настільки ми важливі для киян, для укра-їнців, для всіх, для всього світу, які висловили підтримку».

Після того, як навели лад, лікарі трохи пра-цювали в тих медзакладах, куди перевезли їх-ніх пацієнтів. Богдан Ярославович працював в Інституті раку. Але діяльність «Охматдиту» швидко відновилася.

«Ми можемо добре робити свою роботу, щоб ті люди, які залишаються тут, в Україні, які хочуть тут бачити майбутнє своїх дітей, які пла-тять податки в нашу економіку, щоб вони від-чували, що незважаючи на те, що в нас мільйон

людей воює, що в нас дуже багато виїхало, тут є кому подбати про здоров'я наших дітей. Тут працюють всі служби. Тут можна цілодобово отримати якісну медичну допомогу, можна от-римати хороше людське ставлення, співчутли-ве ставлення, можна отримати якісне обсте-ження в коротші терміни, ніж це відбувається за кордоном. Що в нас багато молодих лікарів володіють багатьма іноземними мовами. І за-лишаються тут робити далі добре свою робо-ту і бути хорошим прикладом для майбутнього покоління».

У лікаря двоє дітей. Старшому 3 роки, він народився за тиждень до повномасштабного вторгнення. Молодшому — один рік, він на-родився вже під час великої війни. І це було свідомо.

«Наші дідуся й бабусі народжували за гір-ших умов і виховали нас хорошими людьми, поділились нами цією любов'ю. Так, у них були травми, але травми є в усіх. Просто наша сила — це наскільки ми справляємося з цими трав-мами. І українці тому сильні. Я би хотів, щоб мої діти росли в оточенні цих класних українців, які такі стійкі, які добре роблять свою роботу далі, не зважаючи ні на що».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка



Фото: НДСЛ "Охматдит"



«Я ЗАЙМАЮСЬ УЛЮБЛЕНОЮ СПРАВОЮ, ЦЕ МЕНЕ РЯТУЄ»



Максим ПОНОМАРЕНКО, завідувач відділенням дитячої урології НДСЛ «Охматдит» та експерт на прямку дитячої урології медичного центру «Добробут». В «Охматдиті» працює з початку повномасштабного вторгнення, з 2024 року завідувач відділенням.

Ракетний удар застав лікаря в операційній. Щодня у відділенні урології є дві-три операції. І той день був не винятком.

«Це був звичайний день, у нас була дівчинка двох років. Ми її оперували з приводу аномалії сечовивідної системи. Це був міхурово-сечовідний рефлюкс з двох боків. Це була складна реконструктивна операція на сечових шляхах, лапароскопічна, не відкрита. Тобто це не був великий розтин, це робиться спеціальний прокол, і операція робиться всередині тіла. І це був вже такий етап, на відсотків 30%, коли розпочалася тривога».

Коли ракета влучила в сусідній корпус, сила вибуху була відчутна одразу.

«Ми зрозуміли, наскільки потужний був цей вибух, тому що операційний стіл, який важить, не знаю, близько пів тонни, мабуть, він почав рухатись, почала рухатись вся будівля. Відчувалась детонація цього вибуху. Пил такий від пошкодження стін полетів, але врятувало те, що наша операційна без вікон. Вона розташована якось всередині приміщення».

Це врятувало і медиків, і пацієнтку на столі. А далі потрібно було ухвалювати рішення.

«Звичайно, зрозуміло, що це була така холодна пауза, коли ми переглянулися з анестезіологам. Я кажу, Наталіє Анатоліївно, будемо завершувати, тому що продовжувати хірургічне втручання небезпечно для всього медперсоналу і для пацієнта... По-перше, ми не знаємо ситуацію, ми закриті в операційній, що там відбувається назовні до кінця незрозуміло. Може, зараз будівля взагалі розвалиться і все. Тому ми вирішили зупиняти хірургічне втручання».

Оскільки операція була лапароскопічною, без великих таких розтинів, її можна було зупинити безпечно для пацієнта, щоб потім продовжити у більш сприятливих умовах. Хірургічна команда швидко це зробила.

«Поки ми це вирішували, колега прибігла до нас, і коли вона бігла, її кинуло вибуховою хвилею. Адже тоді було багато ракет, які влучали неподалік лікарні».

Перемістили пацієнтку в укриття, наклали шви ще колезі. Згодом маленьку пацієнтку перевезли в приватну лікарню «Добробут» і буквально за кілька годин уже там Максим Вікторович завершив операцію.

«І вона благополучно ця дівчинка виписана, вже приходила на повторний огляд. Слава Богу. Все з нею добре».

Але пам'ятає, коли вийшов з операційної «Охматдиту» вже на вулицю і побачив справжній апокаліпсис.

«Дим, все миготить, пожежа, все гучно мовить, щось каже, всі бігають, хаос. Ну, врятувало те, що все ж таки була вся лікарня майже спущена вниз і жахливих травмувань серед людей не було».

Коли побачив корпус, в який влучила ракета, — відділення гострої інтоксикації і хронічної інтоксикації, де реанімація, стало страшно.

«Мене там переповнили такі емоції, не міг навіть стримати ні сліз, нічого, тому що я думав, що... там реанімація, і я бачу, я знаю, де вона знаходиться, і там того кута взагалі немає. Він зруйнований повністю. Я думав, що всі діти, лікарі..., що там всі загинули. Це було жахливо, але Слава Богу, що вони спустилися в підвал і не було багато важких пацієнтів саме в реанімації. На жаль, загинула лікар наш».



Пацієнтів у це відділення на черзі багато, тож каже лікар, що вони були готові на прийом навіть у той же день, але, звісно, довелося переносити записи.

«Моїх пацієнтів нічого не лякає, вони готові були приходити хоч в той же день і допомагати».

Це вже було друге влучання в житті Максима Вікторовича. До того в його квартиру в районі Лук'янівки вже був приліт, була пожежа, уже рік її не можуть відбудувати.

«Ракета прямо пролетіла біля дому, двигун з ракети влетів до сусіда мого, пожежа була у нас».

Додає, що зараз, напевно, всі українці звикли до умов війни.

«Зупинялись ще гірше. Мабуть, психологічно важче нічого не робити. Тому я займаюсь улюбленою справою, це мене рятує, мою нервову систему».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка





Я СПЕЦІАЛЬНО НЕ КАЖУ ЖОДНОГО ІМЕНІ. ТОМУ ЩО В ЦІЙ СИТУАЦІЇ НІКОГО БУЛО ВИДІЛЯТИ, ВСІ БУЛИ НА ДУЖЕ ВИСОКОМУ РІВНІ



Юрій МОЛОЧЕК, завідувач відділенням отоларингології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». На посаді завідувача відділенням 20 років. Тут працював і батько лікаря. У момент удару перебував в операційній.

Операційний день розпочався як завжди. Коли розпочалася тривога, саме у відділенні отоларингології тривали дві операції маленьким дітям, обом було до 6-ти років. Одну з них проводив особисто Юрій Анатолійович.

«Ми повинні були вже закінчити операцію, але якраз тільки-тільки були вже закінчували, коли відбувся цей вибух. Ми були від епіцентру десь до 100 м. І вся операційна розлетілася вщент. Наша нова операційна, ми тільки її відреставрували. Але всі залишились, слава Богу, живі. Пацієнтів підняли з підлоги, бо всі позлітали на підлогу. Ніхто травми зайвої не отримав, всі живі. Всі діяли чудово. Згідно з протоколом. Тобто зберегли життя і хворим, і персоналу».

І головне, що операції завершили. Дітям нічого вже не загрожувало.

«Ми закінчили операцію. Перенесли на руках їх в підвальне приміщення. А далі почали роботу з відправки хворих, тих, що потребували негайної допомоги по інших лікувальних закладах. Я також домовився про спецпостереження. І з приватною лікарнею, і з держав-

ною. Всі нам допомагали, всі. Що можна було зберегти, зберегли все».

Його відділення в старому хірургічному корпусі, який постраждав дуже сильно. Тож він законсервований. І роботу відновили вже в іншому приміщенні буквально за два тижні.

«Там три корпуси. Один, в який попало, — корпус старіший. Біля нього наш корпус, це старий хірургічний корпус і новий вже хірургічний корпус. Наш корпус зараз закритий, тому що він не може працювати. Але практично через два тижні ми вже повністю налагодили роботу в іншому приміщенні на території «Охматдиту» і надаємо допомогу всім жителям України, дітям, дорослим. Через два тижні ми вже оперували, так. Повністю відновились операції».

Однак травми деякі співробітники відділення тоді отримали.

«Співробітники відділення з великими травмами були госпіталізовані, тобто розсічення лицевої частини черепа була в нас, у нашої маніпуляційної медсестри. Ми її там зашивали на колінах, як то кажуть».

Тоді загинули двоє людей – лікарка-нефролог Світлана Лук'янчук та дідусь дівчинки, яку оперував Юрій Анатолійович.

«На жаль, дідусь тієї дитини, що я оперував, загинув. Зовні він знаходився, чекав. Ми одразу дізнались практично».

Також, окрім будівель, обладнання, були знищені автомобілі медиків.

Однак навіть розуміючи, що удар може повторитися, його колеги йдуть на роботу без страху.

«Такий мужній персонал... Я розумів, що в нас персонал високопрофесійний, стійкий до стресу, але коли відбулася ця атака, я не міг і уявити, що такі будуть високопрофесійні дії, відповідь персоналу на таку ситуацію. Я спеціально не кажу жодного імені. Тому що в цій ситуації нікого було виділяти, тому що всі були на дуже високому рівні».

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка

ВІДБУДОВА «ОХМАДИТУ»



Фото: НДСЛ "Охматдит"

Відбудову лікарні почали через рік — ремонтують постраждалий новий корпус лікарні.

Його відновлення коштуватиме 293 мільйони гривень. Ремонт робитимуть так, щоб лікування пацієнтів не зупинялося.

Щодня допомогу тут отримують 500 дітей з усієї України.

Завершити відбудову нового корпусу за договором мають до кінця 2025-го року. Щодо інших зруйнованих корпусів – ще триває розробка проектів їхнього відновлення.



Фото: МОЗ України



ЗМІНИ В НАЦІОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ З 2026 РОКУ: КРОК ДО СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ



Igor КУЗИН

заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар України

З 2026 року в Україні вперше за останні роки буде оновлено Національний календар профілактичних щеплень. Ці зміни — не лише відповідь на нові епідеміологічні виклики, а й наближення нашої програми з імунізації до найкращих європейських практик. Далі — коротко про ключові зміни

Вакцинація проти вірусу папіломи людини (ВПЛ)

З нового року, в Національний календар щеплень буде включено безоплатну вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) — інфекції, що викликає більшість випадків раку шийки матки. У більшості європейських країн вакцинація проти ВПЛ є частиною обов'язкової програми, вона ефективна і необхідна для України. Нововведення є частиною комплексу рішень Указу Президента України «Щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень». Безкоштовне однократне щеплення проти ВПЛ, за даними ВООЗ, здійснюється у 75 країнах. Загалом вакцинація проти ВПЛ включена до національних програм імунізації в 149 країнах світу.

З 1 січня 2026 року ми розпочинаємо профілактичні однократні щеплення для дівчат віком 12-13 років, адже в цьому віці вакцина забезпечує найвищу ефективність. 9-валентна вакцина, яку для України закупили в МЗУ, формує захист від дев'яти типів вірусу, серед іншого і від двох високоонкогенних — 16 і 18. Саме на них за даними ВООЗ припадає близько 70% раку шийки матки. Така інтервенція покликана зменшити кількість онкологічних захворювань і є стратегічним рішенням МОЗ.

Україна, як і кожна країна, визначає пріоритетні групи для безоплатної вакцинації, виходячи з

наявних ресурсів і максимального очікуваного ефекту для здоров'я. На першому етапі вакцинація проти ВПЛ передбачена для дівчат 12-13 років — саме в цьому віці щеплення найбільш ефективно запобігає розвитку раку шийки матки. Надалі, за умови бюджетних можливостей, програма може бути розширена на інші категорії населення. Крім того, введення безоплатного щеплення не відмінює дію місцевих програм з профілактичної вакцинації проти ВПЛ, які вже кілька років впроваджують на території областей за підтримки місцевих бюджетних програм.



Ці зміни — не лише відповідь на нові епідеміологічні виклики, а й наближення нашої програми з імунізації до найкращих європейських практик

Перехід на інактивовану поліомієлітну вакцину (ІПВ)

Ще одним важливим кроком стане повний перехід на інактивовану поліомієлітну вакцину ІПВ. Україна вже кілька років застосовує ІПВ у поєднанні з оральною вакциною (ОПВ), однак враховуючи останні міжнародні рекомендації — остаточне викорінення поліомієліту можливе лише

при використанні інактивованої форми. ВООЗ у рамках Поліомієлітної стратегії 2022-2026 (GPEI Strategy) закликає країни повністю перейти на ІПВ. З нового року Україна повністю перейде на ІПВ, що відповідає глобальним рекомендаціям.

Застосування комбінованих вакцин

Серед важливого — зміна схеми вакцинації проти вірусного гепатиту В: щеплення проводитимуть у 2–4–6–18 місяців. Така схема дозволить використовувати сучасні комбіновані вакцини проти кількох інфекційних захворювань одночасно (АКДП+Hib+BГВ), що дозволить в результаті зменшити кількість ін'єкцій для дитини та кількість візитів до медзакладу. Зараз вакцинацію вірусного гепатиту В проводять окремо за схемою: у 1-й день, а потім у 2 та 6 місяців.



Зміна Календаря щеплень — це не тільки медичне рішення. Це — політична і гуманітарна відповідальність

Зміна віку вакцинації — відповідь на сучасні епідеміологічні реалії

Також зміни передбачені у схемі щеплення від кору, епідемічного паротиту та краснухи (КПК). Щеплення проводитимуть в 1 та 4 роки — замість 1 та 6 років, як зараз. Враховуючи ризик спалаху кору, ця схема забезпечує захист дітей в більш ранньому віці, запобігає важкому перебігу захворювання та розвитку ускладнень.

Щодо БЦЖ — щеплення проти туберкульозу — його проводитимуть через 24 години після народження (наразі це щеплення проводять на 3–5 добу життя). Також дітям до 9 місяців БЦЖ проводитиметься без попереднього проведення туберкулінової шкірної проби/тесту вивільнення гамма-інтерферону в разі відсутнього відомого контакту з людиною, яка хворіє на туберкульоз.

Календар щеплень-2026 адаптовано до реалій дитячого розвитку та нових типів вакцин.

Зміна Календаря щеплень — це не лише медичне рішення. Це — політична і гуманітарна відповідальність. Адже інвестиція в імуніпрофілактику сьогодні — це сотні тисяч врятованих життів завтра.

АКЦЕНТ НА ПРОФІЛАКТИКУ ТА РОЗВИТОК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: В УКРАЇНІ СТАРТУВАВ НОВИЙ ПРОЄКТ ДЛЯ ГРОМАД — «АМБАСАДОРИ ЗДОРОВ'Я»

Амбасадори здоров'я — це студенти-медики та лікарі-інтерни, які працюватимуть з обласними Центрами контролю та профілактики хвороб, громадами, громадськими організаціями та місцевою владою для змін у сфері охорони здоров'я. Це один із перших масштабних проєктів Молодіжної ради при МОЗ у сфері громадського здоров'я.

Національна ініціатива охопить 17 областей, де працюватимуть 71 амбасадор-медик. Усі вони пройдуть спеціальне навчання та після втілюватимуть просвітницькі проєкти у своїх громадах. Основні напрями — це вакцинація, ментальне здоров'я, профілактика онкологічних захворювань та здоровий спосіб життя.

До першої зустрічі амбасадорів доєдналися також медики, психологи, які зацікавлені у проєкті, представники організацій, які працюють у сфері громадського здоров'я. Під час зустрічі Олександр Заїка, керівник відділу імуніпрофілактики Департаменту громадського здоров'я МОЗ України, акцентував увагу амбасадорів на ролі молоді у впровадженні системних змін в імуніпрофілактиці.

«Шлях від ідеї до реалізації — це те що нам разом під силу. Кожна людина несе першочергову відповідальність за своє здоров'я. І ми, як держава, робимо кроки назустріч. Наприклад, з 1 січня запроваджуємо вакцинацію проти вірусу папіломи людини. Наша мета — не просто поширити знання, а залучити молодь до адвокації змін, роз'яснень. Адже ви, на своєму рівні, своїми підходами, зможете достукатися до мешканців своїх громад і пояснити важливість профілактики», — зазначив Олександр Заїка.

Також під час зустрічі учасники обговорили:

- розвиток молодіжного активізму у сфері громадського здоров'я;
- співпрацю з МОЗ, ЦГЗ, ЦКПХ та місцевими органами;
- доступ до достовірної медичної інформації;
- важливість промоції здорового способу життя у соціальних мережах.

Наступним кроком у розвитку ініціативи стануть навчальні онлайн-вебінари, присвячені ключовим напрямкам діяльності Амбасадорів здоров'я.

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)



ВАКЦИНАЦІЯ — БЕЗПЕКА НАЦІЇ!

Організація та проведення імунізації — серед пріоритетних завдань ДУ «Кіровоградський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України». Протягом останніх десяти років на Кіровоградщині охоплення профілактичними щепленнями проти вакцинокерованих інфекцій залишається на достатньому рівні, показники нерідко перевищували загальнонаціональні.



У Центрі шукають нові шляхи та форми підвищення обізнаності населення, а також охоплення вакцинацією, оскільки імунізація була й досі є питанням національної безпеки країни.

Особливо під час воєнного стану. Це надзвичайно актуально, оскільки йдеться як про збереження здоров'я цивільного населення, так і про військових.

За час війни Кіровоградську область лише офіційно зареєстрованих пройшло близько 200 тисяч внутрішньо переміщених осіб. З них 14 тисяч внутрішньо переміщених осіб,

які не були вакциновані, отримали щеплення. Зважаючи на таку значну міграцію, не виключається ризик занесення збудників будь-яких інфекційних хвороб, зокрема і особливо небезпечних.

Епідеміологи постійно тримають руку на пульсі, проводять величезну роботу в сфері імунопрофілактики. Це ключовий інструмент у зниженні захворюваності і смертності від інфекційних хвороб, протидії виникненню спалахів та епідемій.

Центр постійно співпрацює з департаментами охорони здоров'я, освіти і науки Кіровоградської обласної військової адміністрації, Кіровоградською ОВА, обласною радою, Кропивницькою міською радою, представниками релігійних спільнот різних конфесій, освітянами, медиками, очільниками усіх 49 територіальних громад, бо лише спільна робота дасть найкращий результат. Питання імунопрофілактики — пріоритетне в області, його постійно розглядають на засіданнях обласної координаційної ради з питань громадського здоров'я, ВПО.

Віїзні вакцинальні сесії — шлях до колективного імунітету



Віїзні вакцинальні сесії забезпечують рівний доступ до вакцинації населення, яке проживає навіть у найвіддаленіших регіонах Кіровоградщини.

Спільно з мобільними амбулаторними бригадами (за розробленим логістичним маршрутом та попередніми домовленостями) працюють успішні віїзні вакцинальні сесії до територіальних громад області.

Особливу увагу приділяють щепленню осіб із груп ризику (військові, медики, освітяни). В 2024 році у межах проведення кампанії з додаткових заходів з імунізації здійснено 1300 щеплень проти дифтерії і правця працівникам освіти. Також проти дифтерії, правця та вірусу-

ного гепатиту В вакциновано сотня військових у частинах.

Не оминули увагою і медиків. Задля забезпечення так званого здорового робочого місця зроблено 1794 щеплення проти дифтерії, правця та вірусного гепатиту В безпосередньо за місцем роботи.

До прикладу, під час двох масштабних віїзних сесій імунізації щеплення отримали понад 600 медиків: 330 співробітників обласної лікарні та 300 — обласного онкологічного диспансеру. Вакцинували і пацієнтів названих медичних закладів, які виявляли бажання та не мали протипоказів до отримання щеплень.

Діти — наше майбутнє

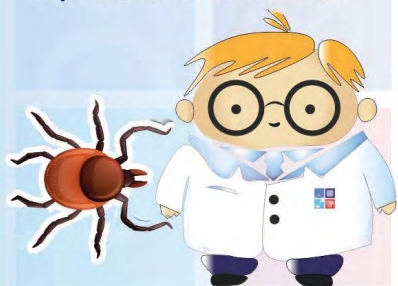
Слід виокремити «Catch-up» кампанію проти кору. Особливу увагу приділили функціонуванню точок «Спільно» ЮНІСЕФ. Під час кампанії в області функціонували 2 такі точки.

75% щеплень, які були зроблені в точках «Спільно» ЮНІСЕФ у всій Україні, виконані саме на Кіровоградщині. Всього під час «Catch-up» кампанії в області щеплено 4101 дітей.

Надія ОПЕРЧУК

генеральна директорка
ДУ «Кіровоградський обласний
центр контролю та профілактики
хвороб МОЗ України».

СЕЗОН КЛІЩІВ ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ



З настанням літа активізуються кліщі - переносники небезпечних інфекцій, зокрема хвороби Лайма, кліщового енцефаліту та інших. Їх укуси часто непомітні, тому профілактика - головна зброя!

Коли ви гуляєте в парку, біля річки чи на дачі - будьте пильні:

- Обирайте світлий одяг з довгими рукавами, закрите взуття.
- Користуйтеся головним убором.
- Обробляйте шкіру та одяг репелентами, дозволеними для захисту від кліщів. Після прогулянок на природі:
- Оглядайте все тіло, особливо складки шкіри за вухами, на шиї, в пахах, під колінами.
- Огляньте дітей і домашніх тварин.
- Одяг одразу знімайте, періть і сушіть:
- Прання при температурі не нижче 60°C.
- Або ретельна сушка в сушильній машині на високій температурі, адже кліщі гинуть від тепла.

Якщо кліщ присмоктався:

- Видаліть його акуратно пінцетом не здавлюючи.
- Обробіть місце укусу антисептиком.
- Збережіть кліща в контейнері (можна з вологим ватним диском) для аналізу.
- Зверніться до лікаря, особливо якщо з'являються:
- почервоніння (мішенноподібна пляма),
- гарячка, головний біль, м'язовий біль, слабкість.

Не забудьте:

Те, що кліща не видно — не означає, що його немає. Прання і термічна обробка одягу - обов'язкові заходи безпеки.



ПОЛТАВСЬКИЙ ЦЕНТР ЗНАНЬ З НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ — УНІКАЛЬНИЙ ХАБ

Три роки в Полтавському обласному центрі громадського здоров'я успішно працює Центр знань з неінфекційних захворювань (НІЗ), створений за підтримки україно-швейцарського проекту «Діємо для здоров'я».

Завдяки тому, що Полтавщина увійшла до четвірки пілотних регіонів україно-швейцарського проекту «Діємо для здоров'я», тут було створено один з унікальних хабів — Центр знань з неінфекційних захворювань. Це і експертна підтримка фахівців різних галузей області в питаннях неінфекційних захворювань, і осередок для проведення тренінгів та розвитку персоналу, і майданчик для поширення сучасної доказової інформації щодо НІЗ, переваг ведення здорового способу життя.

Відкриття Центру відбулося якраз у рік повномасштабного вторгнення, коли всі ми, українці, відчули, як розхитані наші нерви, наскільки зросла потреба у підтримці ментального здоров'я. Тому робота Центру знань стартувала з тематики подолання стресу як одного з головних факторів розвитку серцево-судинних захворювань. Упродовж роботи Центру ця тема залишається топовою серед тем для фахівців усіх дотичних до проблеми галузей.

За 3 роки діяльності відбулося понад 20 тренінгів. Нові знання та вміння отримали понад 600 слухачів з усієї Полтавщини.

Тренінг з елементами воркшопу на тему: «Міжвідомчий та міжсекторальний підхід до питань збереження і зміцнення здоров'я, профілактики та контролю НІЗ».

Понад два десятки колег з державних та неурядових організацій оновили План заходів із профілактики та контролю неінфекційних захворювань у Полтавській області на 2022-2026 роки з урахуванням сучасних потреб. До кожного пункту плану запропоновано безліч цікавих

пропозицій для впровадження на Полтавщині в школах, закладах охорони здоров'я, соціального захисту, на підприємствах та в організаціях.

Тренінг «Психологічна стійкість сімейних лікарів: допомога поруч». Провели для понад 20-ти працівників первинної ланки медико-санітарної допомоги області. Тренери — професійні психологи, які поділилися досвідом формування власної психологічної стійкості не лише під час виконання професійних обов'язків, а й в особистому житті. Під різними кутами розглянули причини, ознаки емоційного вигорання, навички та практично відпрацювали варіанти — як з цим упоратися.



Засідання круглого столу «Важливість вакцинації проти вірусу папіломи людини». Цю тему обрано не дарма, адже січень — місяць обізнаності про рак шийки матки, а більшість випадків раку шийки матки пов'язані з вірусом папіломи людини.



Тренінг «Комунікації зі зміни поведінки на користь здоров'ю» для медичних працівників первинної ланки.

Понад 30 учасників, 9 спікерів, десятки запитань і креативних рішень. Лікарі поділилися думками: «Частенько пацієнти нас лише чують, але

не дослухаються до наших порад». Вони приходять «підготовленими» самостійним пошуком про хвороби в Інтернеті та постами в соцмережах. Це ускладнює спілкування лікар-пацієнт».

Оскільки досі існує чималий попит у навчаннях на різні теми громадського здоров'я, у планах — продовжувати розвивати цю роботу заради досягнення спільної мети — поліпшення здоров'я, зменшення тягаря хвороб та підвищення тривалості життя наших співгромадян.

Ніна ДУРДИКУЛИЄВА

керівниця КП «Полтавський обласний центр громадського здоров'я Полтавської обласної ради», регіональна координаторка проекту «Діємо для здоров'я»

ДБАЄМО ПРО ЗДОРОВ'Я: МЕДИЧНА ДОПОМОГА У ВІДДАЛЕНИХ ГРОМАДАХ ПОЛТАВЩИНИ

Жити у віддаленому селі чи невеликому містечку — не привід залишатися без повноцінної медичної допомоги. Ініціатива «Дбаємо про здоров'я», запроваджена Департаментом охорони здоров'я Полтавської обласної військової адміністрації, працює, щоб кожен мешканець регіону, незалежно від місця проживання, мав доступ до спеціалізованої медичної допомоги.

З листопада 2023 року по листопад 2024 року медичні бригади здійснили 18 виїздів до 37 населених пунктів області. Фахівців чекали у віддалених селах Кобеляцької, Решетилівської, Білицької, Диканської, Новосанжарської, Опішнянської, Нехворощанської, Мачухівської, Терешківської територіальних громад.

До складу виїзних груп входили кардіолог, невролог, офтальмолог, ендокринолог, гастроентеролог, отоларинголог, психолог та фахівці з громадського здоров'я. Всього проведено майже 1,5 тис. медичних та профілактичних консультацій для місцевих жителів та внутрішньо переміщених осіб. Додатково соціальні працівники благодійної організації СО «Light of Hope»/БО «Світло надії» всіх охочих тестували на ВІЛ та гепатит С.

Чому це важливо?

Неінфекційні захворювання, такі як онкологічні, серцево-судинні хвороби, зокрема гіпертонія, діабет — поширені серед населення, але їм можна запобігти або вчасно виявити. На спеці-

альній локації «Острівець здоров'я» від КП «Полтавський обласний центр громадського здоров'я Полтавської обласної ради» пацієнти отримували рекомендації щодо здорового харчування, оптимальної рухової активності, профілактики хвороб та проходили анкетування щодо впливу способу життя на здоров'я. А також обирали цікаву й корисну для себе друковану літературу за різними темами з профілактики неінфекційних захворювань.

Які проблеми залишаються?

Анкетування показало, що більшість людей знають, як зберігати здоров'я, але не завжди виконують рекомендації лікарів. Стреси та нестача фізичної активності часто негативно позначаються на самопочутті.

Виявилось, що не всі знають про державні програми медичних гарантій, які забезпечують безкоштовні медичні послуги та ліки безкоштовно або з частковою доплатою («Доступні ліки»). Також мешканці деяких сіл скаржились на погані дороги та проблеми з транспортом, щоб добратися до медичних закладів.

Що робити далі?

Програма «Дбаємо про здоров'я» отримала позитивні відгуки від населення. Люди високо оцінили увагу лікарів та можливість безкоштовно за місцем проживання отримати спеціалізовані індивідуальні консультації.

У 2025 році ініціативу «Дбаємо про здоров'я» продовжено з урахуванням попереднього досвіду. До бригади фахівців закладів охорони здоров'я долучились науковці Полтавського державного медичного університету.



ШВИДКІСТЬ ТА ПРОФЕСІЙНІСТЬ ДІЙ — ШЛЯХ ДО УСПІХУ

Інфекційні хвороби небезпечні не лише для окремо взятої людини, а й для суспільства в цілому. Боротьба з ними потребує систематичних згаджених колективних дій, залежно від рівня небезпеки. Швидке реагування на небезпеки та запобігання ризикам — пріоритетність у роботі ДУ «Кіровоградський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

«Оцінка готовності медичних служб Кіровоградщини до реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я та комплексне практичне відпрацювання навичок медичних працівників в осередках інфекцій, що мають міжнародне значення, сприятиме результативності та професійності спільних дій у цьому напрямку», — зазначає головна державна санітарна лікарка області Надія Оперчук.

У підвищеній готовності перебувають медичні сили та засоби реагування на можливі епідемічні ускладнення, зокрема з холери у літньо-осінній період року. Для забезпечення ефективної роботи системи реагування в період посиленого епідеміологічного нагляду за холерою 2024 року в Кіровоградській області, із адаптацією до місцевих умов, проведено низку заходів:

- для госпіталізації хворих із підозрою на холеру в області визначили 2 основних стаціонари (КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради», КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради») та 3 додаткових, які законтрактовані із НСЗУ на програму медичних гарантій «Готовність та реагування» (КНП «Обласна клінічна дитяча лікарня» КОР, КНП «ЦМЛ» Олександрівської міської ради, КНП «Новоукраїнська міська лікарня»);

- оновили та затвердили наказом департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної військової адміністрації маршрут пацієнта з підозрою на холеру.

За участі керівників департаменту охорони здоров'я Кіровоградської ОВА, ДУ «Кіровоградський ОЦКПХ МОЗ» й обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф провели тренування із практичним відпрацюванням алгоритмів дій та взаємодії трьох медичних служб на випадок виявлення хворого із підозрою на холеру. Долучилися: група оперативного реагування епідеміологічного спостереження і контролю та дезінфекційна бригада Кіровоградського ОЦКПХ, спеціальна бригада екстреної медичної допомоги КНП «Кіровоградський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради» та фахівці госпітальної бази КНП «Центральна міська лікарня» Кропивницької міської ради.

Епідеміологи на практиці відпрацювали оновлену схему оповіщення та план взаємодії медичних служб на випадок підозри на холеру.



ОПЕРАТИВНЕ РЕАГУВАННЯ НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І: ДЕПУТАТИ ЄВРОПАРЛАМЕНТУ ОБМІНЯЛИСЬ ДОСВІДОМ З УКРАЇНСЬКИМИ ФАХІВЦЯМИ

Під час робочого візиту до України члени Комітету з питань громадського здоров'я (SANT) ознайомились з роботою груп оперативного реагування на надзвичайні ситуації та загрози, які створені та діють при Центрах контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) по всій країні. Діюча система реагування на надзвичайні ситуації та загрози в системі громадського здоров'я включає стандартизовані підходи, алгоритми дій та частково заснована на кращих міжнародних стандартах.

«Саме сфера громадського здоров'я в умовах війни найчастіше стикається з комбінованими та комплексними загрозами. Групи оперативного реагування та пост-профілактична робота команд медиків і фахівців з громадського здоров'я дозволяють у випадках масштабних надзвичайних ситуацій, як руйнування дамби Каховської ГЕС, швидко формувати мобільні групи, залучати їх до одночасної ліквідації наслідків — мінімізуючи ризики для здоров'я та вчасно інформуючи населення про загрози та дії», — зазначив під час обговорення заступник міністра, головний державний санітарний лікар України Ігор КУЗІН.

Також представники Європарламенту спільно з фахівцями ЦГЗ та Київського обласного ЦКПХ під час фахової дискусії та презентації української системи громадського здоров'я обговорили, як після пандемії та під час війни трансформувалась система громадського здоров'я в нашій країні та країнах Європи, як в Україні наразі адаптовані програми з моніторингу за захворюваннями та епіднадзора в регіонах та обмінялись досвідом щодо розвитку

лабораторного потенціалу і програм з імунізації та профілактики, ментального здоров'я.

Запобігання розвитку хвороб і контроль над ними передбачені Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. За останні два роки рівень виконання зобов'язань за нею у сфері охорони здоров'я зріс і наразі становить 88%.

На рівні кожної області наразі ключовою інституцією в системі громадського здоров'я визначені Центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), які виконують функції щодо протидії спалахам інфекційних хвороб, реагування на надзвичайні ситуації, забезпечують епідгляд та організовують проведення імунізаційних програм населення. Також вони впроваджують програми з профілактики неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, інсульти, інфаркти, онкозахворювання та програми ментального здоров'я на рівні громад і регіону.

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)

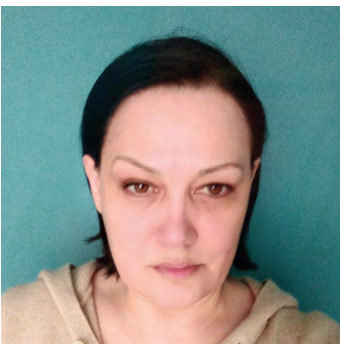
ПРЕДИКТОРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ



Ірина КУПРІЄНКО
генеральна директорка ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ України»



Галина ЗАЙЦЕВА
заступниця генеральної директорки ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ України»



Наталія ГАЛУШКО
завідувачка відділу епідеміологічного нагляду (спостереження) і профілактики інфекційних захворювань ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ України», к. мед. н.

В Україні доступність специфічного лікування гепатиту С значно покращилася, проте суттєвих змін в епідемічному процесі не спостерігається. Відтак важливо дослідити альтернативні підходи до боротьби з гепатитом С, особливо ті, що спрямовані на переривання механізму передачі вірусу. Саме це визначило мету нашого дослідження.

У дослідженні застосовувалося математичне моделювання епідемічного процесу гепатиту С на основі кореляційно-регресійного аналізу із використанням програми Stata 15.

Залежна змінна (y): захворюваність на гострий гепатит С.

Незалежні змінні:

- середня річна кількість відвідувань стоматологів (x_1),
 - середня річна кількість протезувань зубів (x_2),
 - середня річна кількість госпіталізацій у хірургічні відділення (x_3),
 - середня річна кількість госпіталізацій у стоматологічні відділення (x_4),
 - середня річна кількість госпіталізацій у спеціалізовані хірургічні відділення ($x_5 - x_{13}$).
- Кількість спостережень: 25 (відповідало кількості адміністративно-територіальних одиниць в Україні).

Перевірка адекватності моделі включала оцінювання:

- скоригованого коефіцієнта детермінації ($\text{adj}R^2$),
- тесту Шапіро-Уїлка (перевірка нормальності розподілу залишків моделі),
- тесту Бройша-Пагана (оцінка гетероскедастичності моделі),
- тесту Бройша-Годфрі (оцінка автокореляції),
- фактор інфляції дисперсії (VIF) для виявлення мультиколінеарності предикторів.

Оцінювання статистичної значущості показників і пере-

вірка гіпотез проводилися із використанням p-value.

Для поліпшення моделі застосовувалися логарифмічні перетворення незалежних змінних.

Ми отримали 7 статистично значущих моделей залежності між залежною змінною та предикторами. Для опису впливу предикторів обрано модель із найвищим коефіцієнтом детермінації та мінімальною помилкою.

Джерела даних для математичного моделювання епіпроцесу гепатиту С: щорічні статистичні звіти Державної установи «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» за 2021–2022 рр.

Під час проведення кореляційно-регресійного аналізу предиктори зі статистично незначущими коефіцієнтами регресії були виключені з моделі. У результаті в моделі залишилися лише дві змінні: середня річна кількість відвідувань стоматологів (x_1) та середня річна кількість госпіталізацій у стоматологічні відділення (x_4).

На основі отриманих характеристик кореляційно-регресійної моделі (Таблиця 1) було побудовано рівняння залежності захворюваності на вірус від цих змінних: $y = 7,57 \ln(x_1) + 4,18 \ln(x_4) - 117,37$.

Скориговане значення $\text{Adj} R^2$ дорівнює 0,6561, що вказує на те, що приблизно 66% варіації залежної змінної пояснюються включеними в модель незалеж-

ними змінними.

Оцінка адекватності моделі:

- Тест Шапіро-Уїлка (Таблиця 2);

Інтерпретація тесту Шапіро-Уїлка: статистично значущих відхилень від нормальності розподілу залишків моделі не виявлено. Модель адекватна і може використовуватися.

- Тест Бройша-Пагана (Таблиця 3);

Інтерпретація результатів тесту Бройша-Пагана: недостатньо доказів, щоб стверджувати про гетероскедастичність. Припущення про постійну дисперсію помилок вважається допустимим.

- Тест Бройша-Годфрі (Таблиця 4);

Інтерпретація результатів тесту Бройша-Годфрі: відсутність серійної кореляції залишків свідчить про надійність моделі.

- Фактор інфляції дисперсії (VIF) (Таблиця 5);

Інтерпретація результатів оцінювання фактору інфляції дисперсії: помірна кореляція між змінними ($1 < VIF < 5$) є прийнятною для моделі.

Основними предикторами захворюваності на гострий гепатит С в Україні є стоматологічні втручання, що підкреслює необхідність лабораторного підтвердження отриманих даних і подальшого дослідження особливостей передачі патогену під час таких процедур.

Таблиця 1. Результати регресії

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	24
Model	1005.46647	2	502.733233	F(2, 21)	=	22.94
Residual	460.273117	21	21.9177675	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.6860
				Adj R-squared	=	0.6561
Total	1465.73958	23	63.727808	Root MSE	=	4.6816

y	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
lnx1	7.574409	2.565454	2.95	0.008	2.239256 12.90956
lnx4	4.176775	1.654456	2.52	0.020	.7361445 7.617406
_cons	-117.3646	27.16399	-4.32	0.000	-173.8552 -60.87403

Таблиця 2. Статистика тесту Шапіро - Уїлка

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
r	24	0.95083	1.326	0.576	0.28243

Таблиця 3. Статистика тесту Бройша - Пагана

```
Ho: Constant variance
Variables: fitted values of y

chi2(1)      =    1.59
Prob > chi2   =    0.2078
```

Таблиця 4. Статистика тесту Бройша - Годфрі

Breusch-Godfrey LM test for autocorrelation

lags (p)	chi2	df	Prob > chi2
2	2.102	2	0.3495

H0: no serial correlation

Таблиця 5. Оцінювання фактору інфляції дисперсії

Variable	VIF	1/VIF
lnx1	1.83	0.547536
lnx4	1.83	0.547536
Mean VIF	1.83	

МОНІКА БРІНЗАК: «РОБОТА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАДЗВИЧАЙНО МОТИВУЄ, АДЖЕ ВОНА ПОВ'ЯЗУЄ НАУКУ, ПОЛІТИКУ ТА ЛЮДЕЙ»



Моніка БРІНЗАК — віддана професіоналка у сфері громадського здоров'я. Вона — мережева координаторка Європейської асоціації громадського здоров'я (EURHA), прагне побудувати дійсно спільну сім'ю EURHA та посилити колективні зусилля у сфері громадського здоров'я за допомогою ефективної координації, інновацій та адвокації. Це інтерв'ю ми присвятили особливостям проведення Європейського тижня громадського здоров'я 2025-го року та важливості підтримки молодих фахівців.

— Яка головна тема та ключові напрямки Європейського тижня громадського здоров'я-2025?

— Інновації, навіть низькотехнологічні, — у сфері технологій, політики, систем і практики — можуть зміцнити стійкість у галузі громадського здоров'я та сприяти створенню сталих систем охорони здоров'я, здатних протистояти кризам. Тож така і тема Європейського тижня громадського здоров'я (EURHW) — «Інновації заради стійкості: формування сталого майбутнього». Вона підкреслює ключові напрямки: підготовленість систем охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій, цифрову трансформацію, справедливість у сфері охорони здоров'я, психічне здоров'я працівників, виклики, пов'язані зі зміною клімату, лідерство молоді.

— Чим цьогорічний захід відрізнятиметься від попередніх? Чи заплановано нові формати чи ініціативи?

— EURHW 2025 ґрунтується на успіху попередніх років і вперше поєднується з Європейською конференцією з громадського здоров'я,

залучаючи також тематичні мережі в межах EURHA. Крім того, представлені нові формати, такі як Хакатон зі спільного проектування Лабораторії інновацій у сфері громадського здоров'я в Брюсселі, більш глибоке залучення аудиторії через гібридні заходи та розширені партнерства між секторами. Цьогорічний тиждень також вирізняється посиленням молодіжних ініціатив, акцентом на інтерактивне навчання та тіснішим зв'язком із результатами Європейської конференції з громадського здоров'я 2024 року — для забезпечення наступності й практичної реалізації рішень. Навіть поза межами Тижня EURHA відкрита до співпраці з університетами, неурядовими організаціями, органами місцевого самоврядування та молодіжними групами.

— Як ви оцінюєте вплив попередніх Європейських тижнів громадського здоров'я? Чи були успішні ініціативи, що з'явилися завдяки їм?

— Вплив таких заходів відчутний не одразу. Це гра в довгу. Це питання обізнаності та поінформованості.

Попередні Тижні громадського здоров'я були успішними в підвищенні обізнаності, налагодженні зв'язків між зацікавленими сторонами та розвитку громадського діалогу щодо ключових питань охорони здоров'я. Вони дали поштовх до нових форм співпраці, надихнули локальні ініціативи та вплинули на дискусії на європейському рівні.

Серед помітних результатів — зростання видимості голосу молоді, особливо через платформу EURHAnxt, а також інтеграція міжсекторальних тем, таких як зміна клімату, цифрове здоров'я та справедливість, у загальний дискурс громадського здоров'я.

— Що мотивує особисто Вас працювати у сфері громадського здоров'я?

— Робота у сфері громадського здоров'я надзвичайно мотивує, адже вона поєднує науку, політику та людей. Це можливість покращувати життя великої кількості людей, зменшувати нерівність і будувати сильніші, більш інклюзивні су-

спільства. Здатність реагувати на нагальні виклики та водночас сприяти довгостроковому добробуту робить громадське здоров'я справді значущою сферою діяльності.

— Які тенденції та інновації у сфері громадського здоров'я ви вважаєте найбільш важливими в Європі?

— Серед ключових тенденцій — цифрова трансформація охорони здоров'я, зростання уваги до психічного здоров'я, адаптація до змін клімату, безпека в галузі охорони здоров'я та сталий розвиток, застосування штучного інтелекту й великих даних в епідеміології, а також посилені увага до справедливості у сфері здоров'я та соціальних детермінантів.

Важливі в майбутньому також інновації у сфері медичної допомоги, орієнтованої на громади, персоналізованої профілактики та підвищення готовності систем охорони здоров'я до викликів.

— Яким ви бачите розвиток EUPHA та Європейського тижня громадського здоров'я в наступні п'ять років?

— EUPHA та EUPHW, ймовірно, стануть ще більш впливовими платформами для формування політики та практики охорони здоров'я в Європі. Ми очікуємо більше транскордонного співробітництва, інституційних партнерств та інтеграції громадського здоров'я в більш широкі європейські стратегічні цілі (наприклад, цифрові, кліматичні та безпекові).

Європейський тиждень громадського здоров'я також може перетворитися на постійний інструмент адвокації та залучення громадськості впродовж усього року, а не лише в межах одного тижня.

— Які виклики сьогодні стоять перед європейською спільнотою громадського здоров'я?

— Їх насправді багато. Це фрагментація системи охорони здоров'я, нерівний доступ до медичної допомоги, дефіцит робочої сили, дезінформація та зростаючий тягар хронічних і психічних захворювань. Крім того, сектор має адаптуватися до кліматичних змін міграції та загроз майбутніх пандемій, зберігаючи при цьому довіру населення та забезпечуючи справедливе надання послуг.

— Як ваша робота в EUPHAnxt вплинула на ваше бачення ролі молодих фахівців у сфері громадського здоров'я?

Моніка БРІНЗАК — експертка у сфері громадського здоров'я, яка активно працює над питаннями кадрового забезпечення охорони здоров'я, цифрової медицини, психічного здоров'я та політики охорони здоров'я в Європі. Досліджує явище «медичних пустель» — регіонів із обмеженим доступом до медичних послуг.

Здобула ступінь бакалавра з громадського здоров'я, два магістерські дипломи — з управління охорони здоров'я та з науки, технологій та інновацій в управлінні. Наразі є докторанткою в Університеті Бабеш-Бойяї (Клуж-Напока, Румунія). Також працює науковою асистенткою у Департаменті громадського здоров'я цього університету та обіймає посаду заступниці директора Центру досліджень та політики кадрового забезпечення охорони здоров'я.

Моніка активно залучена до міжнародних ініціатив у сфері громадського здоров'я. Є координаторкою мережі Європейської асоціації громадського здоров'я (EUPHA), де сприяє залученню молодих фахівців до розвитку політики охорони здоров'я в Європі.

Є авторкою та спів-авторкою понад 40 наукових публікацій.

— Участь в EUPHAnxt показала, що студенти, молоді фахівці приносять не лише нове бачення, а й пристрасність, гнучкість і креативність. Вони є рушійною силою інновацій та добре орієнтуються в міждисциплінарних і цифрових підходах. EUPHAnxt підтверджує, що залучення молоді — це не просто перевага, а необхідність для майбутнього громадського здоров'я.

— З якими основними проблемами стикаються молоді фахівці в цій галузі?

— Молоді спеціалісти часто стикаються з обмеженим доступом до керівних посад, нестачею можливостей для наставництва та нестабільністю на ринку праці, особливо в дослідницькій або академічній сфері. Крім того, у багатьох установах громадського здоров'я відсутні чіткі та структуровані шляхи кар'єрного зростання.

”

Молоді фахівці приносять не лише нове бачення, а й пристрасність, гнучкість і креативність

— В який спосіб EUPHAnxt підтримує професійний розвиток своїх учасників?

— EUPHA підтримує молодих фахівців, пропонуючи можливості для нетворкінгу, наставництва, доступ до конференцій та платформ для презентації власних досліджень, в тому числі на Європейській конференції з громадського здоров'я та під час Європейського тижня громадського здоров'я. Вона заохочує молодь до участі в політичних дискусіях і сприяє розвитку лідерських навичок через залучення до стратегічного планування та адвокації.

5-й день EUPHW 2025 — це День молодіжного лідерства, який координується EUPHAnxt та її партнерами. В рамках цього дня відбуваються такі заходи, як південний захід, присвячений створенню адвокаційного інструментарію для науки та політики, конкурс інновацій у сфері громадського здоров'я, дебати з питань молодіжної політики, а також творчі виставки, включаючи ініціативи з мистецтва та розповіді історій. Цей день не лише висвітлює внесок молоді, але й надає їм можливість вести дискусії щодо формування майбутнього громадського здоров'я в Європі.



УКРАЇНА ДОЛУЧИЛАСЯ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТИЖНЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МАСШТАБ ПЕРЕВИЩИВ ОЧІКУВАННЯ



Цьогоріч Україна в особі Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я вперше долучилася до Європейського тижня громадського здоров'я — ініціативи, яка щороку охоплює десятки країн Європи задля популяризації профілактики, зміцнення здоров'я та розвитку міжсекторальної співпраці. Участь Асоціації набула масштабного характеру, об'єднавши понад 150 заходів у різних регіонах країни — від онлайн-лекцій і тренінгів до вуличних акцій, молодіжних флешмобів та круглих столів із залученням фахівців, студентів і представників громад.

Ключовим елементом цього національного включення стала синергія між регіональними центрами контролю та профілактики хвороб, закладами освіти, молодіжними організаціями, медиками, науковцями та активістами, які спільно сформували живу мережу підтримки громадського здоров'я. Події в межах тижня охоплювали такі теми, як ментальне здоров'я, профілактика неінфекційних захворювань, вакцинація, вплив змін клімату на здоров'я, цифрові інструменти у сфері охорони здоров'я та просування здорового способу життя.

«Громадське здоров'я — це не тема одного тижня чи одного відомства. А підтримувана нами концепція Єдиного здоров'я передбачає стратегічний підхід, що об'єднує у собі всі сфери життя. Це безперервна робота, в яку мають бути залучені всі: і лікарі, і освітяни, і бізнес, і кожен громадянин. Ми бачимо, що профілактика повертається в публічний простір, стає зрозумілою і пріоритетною. І це наша спільна робота під крилом Асоціації у взаємодії з закордонними колегами», — наголосив, анонсуючи заходи, Голова Правління Асоціації Руслан Савчук.

Слова очільника Асоціації відображають глибинну суть змін, які відбуваються в підході до здоров'я в Україні. Тепер це вже не лише справа медиків, а відповідальність громад, лідерів думок, управлінців, батьків, студентів, учителів. І саме такий підхід підтримує Європейський тиждень громадського здоров'я, що цьогоріч проходив під гаслом «Здоров'я у всіх політиках».

На офіційному відкритті Тижня в Брюсселі виступила Амбасадорка Асоціації Юлія Овчар, яка передала учасникам вітання від Голови Правління Асоціації Руслана Савчука і від-

значила важливість профілактичної роботи: «Громадське здоров'я — це про солідарність, турботу і далекоглядність. Це не лише про лікування, а й про створення умов, у яких людина може жити довго і якісно».

Окремий акцент серед заходів був зроблений на освітній компонент. Студенти й викладачі профільних спеціальностей проводили просвітницькі заходи, створювали інформаційні матеріали, залучали молодь до обговорення ролі здоров'я у житті громади. Такий підхід сприяє не лише підвищенню рівня знань, а й формуванню нової культури — культури відповідального ставлення до себе та до інших.

У звітних матеріалах Асоціації бачимо важливість цієї великої роботи: усміхнені обличчя учасників, інформативні плакати, активності у громадах, медіаприсутність. Усе це є результатом добровільної ініціативи десятків організацій і сотень людей, об'єднаних ідеєю, що здоров'я — це цінність, яку потрібно постійно плекати.

Європейський тиждень громадського здоров'я став платформою, з якої можна продовжувати рухатися далі. Всеукраїнська асоціація фахівців з громадського здоров'я вже заявила про намір зробити участь у цій ініціативі сталою, розширити партнерства, залучити ще більше фахівців і підвищити вплив громадського здоров'я на регіональні й національні політики.

Адже в умовах викликів, які переживає Україна, інвестиції в громадське здоров'я — це не розкіш і не додаток до системи охорони здоров'я. Це — її фундамент і запорука того, що ми не просто вистоїмо, а станемо сильнішими.



«ГОТОВНІСТЬ, РЕАГУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ» — СЕРТИФІКАТНА ПРОГРАМА, ЩО ГОТУЄ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Анатолій ГРИНЗОВСЬКИЙ

завідувач кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, д. мед. н., професор, заслужений діяч науки і техніки України



Повномасштабна війна, пандемія COVID-19, техногенні катастрофи, локальні кризи — усе це змінило запит до фахівців громадського здоров'я. Уміння діяти в умовах надзвичайної ситуації більше не є додатковою перевагою, це — базова вимога.

На сьогодні надзвичайно актуальним є питання підготовки фахівців громадського здоров'я, які б володіли знаннями і вміннями для реалізації умов забезпечення здоров'я і благополуччя населення шляхом здійснення моніторингу і готовності до реагування та реагування на небезпечні чинники та надзвичайні ситуації (НС). В цьому аспекті особливої уваги потребують освітні програми та заходи, направлені на постійне вдосконалення та професійний розвиток.

Міжнародними та регіональними організаціями в охороні здоров'я прийнято ряд документів, які зобов'язують національне законодавство працювати у цьому напрямку. Так, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) наголошує на необхідності постійного інвестування у розвиток навичок та посилення безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (ОЗ), підкреслює пріоритетність компетентнісно-орієнтованої освіти в ОЗ, що стало підґрунтям для формування освітніх програм у національних системах ОЗ (Bucharest Declaration, 2023).

У світовій практиці для постійного професійного розвитку фахівців сертифікатні програми широко використовуються за безліччю напрямів, в т.ч. у громадському здоров'ї. Необхідність таких онлайн-курсів та сертифікатних програм постійно зростає. Їх розробляють провідні університети у співпраці з глобальними постачальниками відкритих онлайн-курсів (Coursera, Prometheus тощо). Також для навчання доступна і онлайн-платформа ВООЗ.

Українським законодавством, за підтримки держави, право на освіту реалізується шляхом формальної, неформальної та інформальної освіти. Неформальна освіта забезпечується дотриманням освітніх програм і може завершуватися присвоєнням професійних та/або часткових освітніх кваліфікацій (VRU, 2024). Однією з форм неформальної освіти є сертифікатні програми. Це — спеціалізовані навчальні програми, які діють на бакалаврському чи магістерському рівні вищої освіти.

В умовах постійного ризику й навантаження кадрова система охорони здоров'я потребує не лише ресурсів, а й цивілізованого підходу до підготовки спеціалістів, що можуть забезпечити ефективне реагування та управління кризовими ситуаціями. На цей виклик відповідає сертифікатна програма «Готовність, реагування та управління надзвичайними ситуаціями», розроблена на кафедрі медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця.



Ця сертифікатна програма — приклад гнучкої неформальної освіти, яка підвищує стійкість системи громадського здоров'я. Програма формує ключові навички реагування на біологічні, хімічні, радіологічні та ядерні загрози

Практичний інструмент для професійного розвитку

Ця сертифікатна програма — не теоретичний курс і не формальна вимога. Вона — практико-орієнтований освітній інструмент, який відповідає на запит практикуючих фахівців із Центрив контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), груп швидкого реагування (ГШР), спеціалістів, які вже працюють «на передовій» системи громадського здоров'я.

Згідно з результатами анонімного анкетування 369 фахівців ГШР (вибірку розраховано через G*Power), було встановлено, що:

- 47% вважають, що практичний компонент навчання потребує посилення;
- 28,1% вказують на високе психоемоційне навантаження;
- 26,8% — на нестачу матеріально-технічного забезпечення;
- 19% — на постійне відчуття загрози життю під час роботи.

Ці дані чітко демонструють: сучасна підготовка фахівця громадського здоров'я неможлива без спеціалізованих програм, орієнтованих на кризовий менеджмент, практичні сценарії та психологічну витривалість.

Ключові компетентності: що дає програма

Слухачі програми набувають знань і навичок, які відповідають Стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для магістерського рівня. Зокрема:

- здатність приймати обґрунтовані рішення, пов'язані з плануванням НС у сфері ОЗ;
- вміння оцінювати ризики та обґрунтовувати відповідні дії у відповідь на НС у сфері ОЗ;
- керування логістикою та розгортанням сил та засобів реагування;
- розуміння того, що таке хімічні, біологічні, радіаційні та ядерні (ХБРЯ) агенти, які характеристики і ризики, пов'язані з ними в умовах захворюваності;
- здатність описувати медичні контрзаходи для засобів індивідуального захисту, що виникають внаслідок вивільнення ХБРЯ зброї;
- розуміння принципів та методів безпеки служб швидкого реагування, персоналу лікарні та пацієнтів під час реагування на НС із застосуванням ХБРЯ зброї;
- можливість застосування системи управління інцидентами в практичних ситуаціях;
- вміння прозоро та своєчасно передавати інформацію про громадське здоров'я громадам.

Виклики, які потрібно подолати

Попри загальну позитивну оцінку програми, аналіз анкетувань виявив низку системних викликів:

- Нестача практичних тренінгів і моделювання ситуацій;

- Обмежений доступ до сучасного обладнання для навчання;
- Потреба в психологічній підтримці слухачів;
- Неоднорідність підготовки між регіонами.

Це вказує на необхідність державної підтримки програм неформальної освіти в системі охорони здоров'я, зокрема на базі медичних університетів, у партнерстві з МОЗ, ЦГЗ та ВООЗ.

Рекомендації для вдосконалення підготовки фахівців

Для формування знань, умінь і компетенцій фахівців щодо управління надзвичайними ситуаціями в сфері громадського здоров'я, при їх підготовці за сертифікатною програмою «Готовність, реагування та управління надзвичайними ситуаціями» необхідно звернути увагу на наступні компетенції:

1. Зробити фокус на практичній підготовці, оскільки більшість опитаних спеціалістів (47 %) вважає, що необхідно покращити практичний компонент навчання для кращого реагування на надзвичайні ситуації.

2. Необхідно впровадити комплексний підхід до підготовки молодих спеціалістів на магістерському рівні, щоб випускники програми отримали знання з управління надзвичайними ситуаціями, включаючи ризики, медичні контрзаходи та безпеку при використанні ХБРЯ агентів.

3. При підготовці фахівців слід врахувати важливість психологічної підготовки та ресурсного забезпечення (на дані проблеми вказали 28,1 % і 26,8 % респондентів відповідно). На етапі навчання на магістратурі здобувачі можуть отримувати як психологічну підтримку, так і оволодіти навичками надання першої психологічної допомоги.

4. Оволодіння навичками використання матеріально-технічних ресурсів, оскільки їх недостатність знижує ефективність роботи, тому необхідно інвестувати в розвиток інфраструктури та подальшого навчання.

Інституціоналізувати сертифікатну програму як обов'язковий елемент системи БПР (безперервного професійного розвитку) для фахівців громадського здоров'я.

Сертифікатна програма з реагування на надзвичайні ситуації — це конкретний і вже реалізований крок до зміцнення кадрової спроможності у сфері громадського здоров'я. У час, коли виклики постають раптово, фахівці мають бути готові діяти не лише інтуїтивно, а на основі знань, практики й системного мислення.

Програма довела свою ефективність, але потребує масштабування, стабільного фінансування й інтеграції в національну систему підготовки кадрів охорони здоров'я. Бо в сучасних умовах готовність — це вже не про навчання. Це — про виживання.

ГРАНТИ ЯК РУШІЙНА СИЛА ПІДГОТОВКИ МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ У МЕДИЦИНІ



Юлія ЛАПА

амбасадорка ASM в Україні,
студентка Дніпровського державного медичного університету

У сучасному світі наука неможлива без міжнародної співпраці та фінансування. Гранти відкривають молодим фахівцям доступ до передових лабораторій, новітніх методів і навчання у світових експертів. Залежно від мети, вони покривають витрати на навчання, дослідження, стажування чи участь у конференціях.

Для мене особисто грантова підтримка стала ключовим чинником у розвитку наукової кар'єри, оскільки моя зацікавленість у дослідженні **антибіотикорезистентності**. Це одна з найсерйозніших загроз сучасній медицині, і можливість працювати в передових лабораторіях дає змогу не лише глибше зрозуміти механізми стійкості бактерій, а й шукати нові підходи до боротьби з нею.

Гранти відіграють важливу роль не лише в медицині, а й у всіх **прикладних науках**, адже вони дозволяють фінансувати дослідження, які мають безпосередній вплив на якість життя та здоров'я людей. Саме завдяки такій підтримці можливо впроваджувати інноваційні методи діагностики, покращувати системи охорони здоров'я та розробляти ефективніші підходи до лікування інфекційних хвороб. Особливо це важливо для українських медиків, які, попри складні умови, прагнуть до вдосконалення та інтеграції у міжнародну наукову спільноту.



Гранти — це не лише навчання, це можливість працювати з передовими технологіями, розвивати науку в Україні та бути частиною глобального процесу

Досвід стажування в лабораторії EUCAST

Однією з таких унікальних можливостей для мене стало стажування в лабораторії EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing). Це європейська референс-лабораторія, що займається розробкою стандартів тестування антимікробної чутливості бактерій та грибів. Їхні протоколи є загальноприйнятими у всьому світі та мають критично важливе значення для боротьби з антибіотикорезистентністю. До 1990-х років у різних країнах діяли різні системи визначення чутливості до антибіотиків (NCCLS у США, BSAC у Великій Британії, SFM у Франції тощо). Це ускладнювало порівняння даних між країнами та впливало на якість антибактеріальної терапії. У 1997 році була створена система EUCAST, яка розробила єдині підходи до тестування та стандартизації антибіотикорезистентності. Вона запровадила:

- Чіткі клінічні breakpoints для кожного антибіотика.
- Використання контрольних штамів для забезпечення відтворюваності результатів.
- Уніфіковані методи тестування, що забезпечують точність і порівнянність даних.

Завдяки стандартизації лабораторії отримали можливість проводити тестування з високою точністю, що допомогло боротися з антибіотикорезистентністю на глобальному рівні.

Лабораторія EUCAST розташована в Швеції та є сучасним дослідницьким центром, обладнаним найновітнішими технологіями. Основни-

ми напрямами її діяльності є стандартизація методів визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, проведення міжлабораторних досліджень, розробка нових підходів до оцінки ефективності антибактеріальних препаратів. Під час стажування я мала можливість працювати з високоточними методами мікробіологічного аналізу, знайомитися з алгоритмами визначення граничних значень (breakpoints) та оцінки ефективності антибіотиків.

Програма навчання в лабораторії EUCAST була спрямована на групу клінічних мікробіологів із чотирьох країн: Гани, Нідерландів, Румунії та України. Вона включала практичну роботу в лабораторії, круглі столи та неймовірну кількість теоретичних знань від першоджерел, що дозволило глибше зрозуміти методологію визначення антимікробної чутливості. Ми відпрацьовували техніки проведення посівів, методики тестування чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, інтерпретацію отриманих результатів, ведення документації відповідно до міжнародних стандартів та особливості співпраці між лабораторіями на глобальному рівні.

Навчання проводили провідні експерти у галузі мікробіології:

- **Dr Gunnar Kahlmeter** — засновник та керівник лабораторії EUCAST, один із ключових розробників сучасних стандартів тестування чутливості бактерій.
- **Dr Oskar Ekelund** — провідний мікробіолог, консультант із клінічної мікробіології та спеціаліст із антимікробної резистентності.
- **Dr Onur Karatuna** — науковий дослідник, який працює над удосконаленням лабораторних методів визначення антимікробної чутливості.
- **Dr Erika Matuschek** — фахівець з розробки breakpoints для тестування чутливості до антибіотиків.
- **Dr Lized Rodriguez** — експерт у сфері стандартизації мікробіологічних досліджень та інтерпретації лабораторних даних.

Це була унікальна можливість не тільки отримати найновішу інформацію безпосередньо від експертів, а й застосувати її на практиці, працюючи з міжнародною командою, налагоджуючи зв'язки для майбутньої співпраці та обговорюючи глобальні виклики в боротьбі з антимікробною резистентністю.

Важливість менторства та міжнародного обміну

Стажування в лабораторії EUCAST стало можливим не лише завдяки грантовій підтримці. Ректор Дніпровського державного медичного університету, академік **Тетяна Олексіївна Перцева**, активно заохочує студентів до прогресивного навчання, сприяючи їхньому професійному розвитку та інтеграції у міжнародну наукову спільноту. Весь колектив кафедри мікробіології, вірусології, імунології, епідеміології та медико-біологічної фізики та інформатики є надзвичайно

прогресивним і надає **менторську підтримку**, допомагаючи студентам глибше розуміти **особливості клінічної мікробіології**, актуальні проблеми галузі та можливі шляхи їх вирішення.

Така підтримка дозволяє молодим спеціалістам не лише здобувати фундаментальні знання, а й **розвивати критичне мислення**, що є ключовим для проведення якісних наукових досліджень. Завдяки відкритості викладачів до інновацій та їхньому прагненню вдосконалювати освітній процес, студенти отримують доступ до сучасних методик, міжнародного досвіду та можливостей для реалізації своїх наукових ідей.

Не менш важливим є обмін досвідом між молодими науковцями з різних країн. Спільна робота з колегами з Гани, Нідерландів та Румунії у лабораторії EUCAST продемонструвала, наскільки різняться підходи до лікування інфекційних хвороб у різних частинах світу. Завдяки цьому ми мали змогу аналізувати проблеми глобально та шукати спільні рішення для боротьби з антимікробною резистентністю.

Також однією з найбільших організацій, що підтримує молодих мікробіологів, є **Американське товариство мікробіології (ASM)**. Ця організація відіграє важливу роль у розвитку галузі, надаючи доступ до найсучасніших досліджень, освітніх ресурсів та грантів. Для українських науковців ASM запровадило спеціальну програму підтримки, що включає безкоштовне членство (Global Outreach) та доступ до ексклюзивних матеріалів, освітніх програм та тренінгів, а також віртуальну безкоштовну участь доповідачам у конференціях MICROBE 2022-2025. Це відкриває величезні можливості для розвитку, дозволяє залишатися в курсі останніх наукових досягнень та інтегруватися у міжнародну наукову спільноту.

Гранти — інвестиція у майбутнє науки

На мою думку, для України, яка наразі переживає складний період, розвиток науки є ключовим фактором майбутнього. Саме завдяки міжнародним грантам молоді науковці мають змогу навчатися, працювати та розвивати медицину на рівні світових стандартів. Важливо, щоб державні та приватні інституції також підтримували наукові ініціативи, створювали можливості для проведення досліджень та сприяли популяризації науки серед молоді.

Якщо ви прагнете професійного зростання, хочете навчатися у найкращих спеціалістів за найактуальнішими протоколами та програмами, **не бійтеся вступати до міжнародних асоціацій та подаватися на гранти!** Це не лише можливість здобути безцінні знання, а й **відчинити двері у світ передової науки**, працюючи пліч-о-пліч з провідними фахівцями.



УКРАЇНА У БОРОТЬБІ З ПОЛІОМІЄЛИТОМ: РИЗИКИ ТА ШЛЯХИ ДО СТІЙКОСТІ



Дмитро СТЕПАНСЬКИЙ

амбасадор ASM в Україні
з 2020 року, Національний координатор з контейнменту поліовірусів, д. мед. н., професор

У XX столітті поліомієліт прирікав дітей на життя в «залізних легенях». Завдяки вакцинації хвороба відступила. Але сьогодні, на тлі війни, вона знову загрожує Україні.

Зруйнована медична інфраструктура, нестача вакцин, переміщення мільйонів людей і зростання недовіри до щеплень — усе це створює умови для нового спалаху.

Стоячи поруч з апаратом «залізні легені», торкаючись його металевого блискучого корпусу, важко уявити, як людина могла провести десятки років всередині практично в нерухомому стані.



«Залізні легені» працювали на принципах зовнішньої вентиляції з негативним тиском. Тіло пацієнта було закрито в герметичній камері пристрою, відкритою була лише його голова. Коли машина знижала тиск повітря в камері, це призводило

до розширення грудної порожнини, що дозволяло легеням наповнитися повітрям. Коли тиск нормалізувався, грудна клітка стискала, витісняючи повітря з легенів. Ця заміна природного дихання була вирішальною для хворих на поліомієліт, які втратили контроль над своїми дихальними м'язами.



Музей CDC, Atlanta, USA

Апарат «залізні легені» на цьому фото використовувався Бартоном Гебертом-молодшим з кінця 1950-х років до його смерті у 2003 році.

Бартон Геберт захворів на поліомієліт у 1955 році, коли йому було 15 років і він навчався на другому курсі школи Святого Павла в Ковінгтоні, штат Луїзіана. Він одужав від дії руйнівного вірусу, але залишився паралізованим нижче пояса і прикутим до залізних легенів на все життя. Незважаючи на це, Геберт був сповнений рішучості закінчити середню школу і рухатися далі. Йому сказали: «Забудьте про фізичні амбіції на майбутнє. Тіло - це не що інше, як система життєзабезпечення для мозку».

Геберт здобув ступінь у галузі фінансів і зробив успішну кар'єру біржового брокера та інвестиційного консультанта.

Поліомієліт — це високоінфекційне захворювання, яке передається фекально-оральним шляхом або через забруднену воду та їжу. У більшості випадків вірусна інфекція проходить безсимптомно, але у 1-2% заражених осіб він вражає центральну нервову систему, що може призвести до паралічу або навіть смерті. До винайдення вакцин та їх широкого застосування, поліомієліт викликав масові спалахи та епідемії, особливо серед дітей.

Поліомієліт залишається серйозною загрозою для громадського здоров'я, особливо в країнах із нестабільною системою імунізації. Війна в Україні ще більше загострила цю проблему, оскільки бо-

йові дії, гуманітарна криза та руйнування медичної інфраструктури значно обмежили доступ до планових щеплень. Перебої у поставках вакцин, масове переміщення населення та перевантаженість медичних закладів створюють додаткові ризики для зниження рівня імунізації серед дітей, що є головною групою ризику.

Хоча Україна була визнана вільною від дикого поліовірусу у 2002 році, системні проблеми, такі як низьке охоплення щепленнями, недовіра до вакцинації, поширення дезінформації та політична нестабільність, призвели до повторних спалахів захворювання. У 2015 та 2021 роках в Україні було зафіксовано випадки циркулюючого вакцино-спорідненого поліовірусу (сVDPV1 та сVDPV2), що свідчить про недостатній рівень колективного імунітету. В умовах війни ризик подальшого поширення вірусу зростає, оскільки доступ до профілактичних заходів залишається обмеженим, а охоплення вакцинацією не досягає рекомендованих ВООЗ показників. Це підкреслює критичну необхідність відновлення та посилення програм імунізації, зокрема проведення додаткових турів вакцинації та інформаційних кампаній для підвищення довіри населення до щеплень.

Чому поліомієліт знову загрожує Україні?

За оцінками Європейської регіональної комісії з сертифікації ліквідації поліомієліту (RCC), Україна залишається зоною високого ризику для поширення поліовірусу через низький рівень колективного імунітету. Головні причини:

- Недостатній рівень вакцинації. За даними ВООЗ, у 2023 році охоплення третьою дозою вакцин від поліомієліту становить лише 82%, що нижче за рекомендовані 95%.
- Переміщення населення. Велика кількість внутрішньо переміщених осіб підвищує ризик поширення поліовірусу.
- Руйнування медичної інфраструктури. Багато лікарень пошкоджені або знищені, що ускладнює доступ до щеплень.
- Вплив війни на систему охорони здоров'я. Медичні ресурси спрямовуються на нагальні потреби, а профілактичні заходи відходять на другий план.

Як працює система нагляду за поліомієлітом в Україні?

В Україні діє система епідеміологічного нагляду, яка включає:

- Нагляд за випадками гострого в'ялого паралічу (ГВП). Це світовий золотий стандарт ВООЗ для виявлення поліовірусу.
- Екологічний моніторинг. Відбір проб із навколишнього середовища дозволяє виявляти циркуляцію вірусу навіть за відсутності клінічних випадків.

• Лабораторні дослідження. В Україні діють дві референс-лабораторії, акредитовані ВООЗ, які аналізують зразки та проводять генетичне секвенування вірусу.

Досвід боротьби з поліомієлітом в Україні показує, що ключовими елементами успіху є:

- Підтримка високого рівня охоплення вакцинацією проти поліо (не менше 95%). Недостатнє охоплення вакцинацією є головною причиною спалахів.
- Боротьба з дезінформацією. Низький рівень довіри до вакцин, спричинений антивакцинальними кампаніями, залишається серйозною проблемою.
- Дієвий працюючий епідеміологічний нагляд.
- Масові додаткові імунізаційні кампанії у випадку спалаху. У відповідь на спалахи сVDPV1 (2015) та сVDPV2 (2021) було проведено масштабні кампанії з імунізації дітей [12].

Вакцинація – єдиний спосіб захисту!



На сьогодні схема вакцинації проти поліомієліту в Україні передбачає:

- 2 дози інактивованої поліовакцини (ІПВ) у 2 і 4 місяці;
- 4 дози оральної поліовакцини (ОПВ) у 6 та 18 місяців, а також у 6 і 14 років.

Що потрібно зробити зараз?

Щоб зменшити ризик нових спалахів, необхідно:

- Підвищити рівень вакцинації до 95%.
- Зміцнити систему нагляду за поліомієлітом, особливо у регіонах, що страждають від війни.
- Посилити комунікацію з населенням, щоб підвищити рівень довіри до вакцин.
- Співпрацювати з міжнародними партнерами для підтримки національних програм імунізації.

Поліомієліт залишається реальною загрозою для України. Однак своєчасна вакцинація, ефективний епідеміологічний нагляд і підтримка міжнародної спільноти можуть запобігти новим спалахам. Вакцинація — це не лише особистий вибір, а й колективна відповідальність, що забезпечує здоров'я майбутніх поколінь. Кожен невакцинований організм (особливо дитячий) — це поле битви, де поліовірус, як правило, перемагає, якщо йому не протистоїть імунітет, подарований вакцинацією.



Попри війну та руйнування інфраструктури, Україна продовжує впроваджувати стратегію подолання туберкульозу — з акцентом на амбулаторне лікування, скорочення тривалості терапії та інноваційні підходи. Про виклики, зміни в законодавстві та роль громад — в інтерв'ю з Яною ТЕРЛЕЄВОЮ, провідною фахівчицею з питань лікування та профілактики туберкульозу Центру громадського здоров'я МОЗ України.

— З початком повномасштабної війни українська система охорони здоров'я опинилася під безпрецедентним тиском. Яких втрат зазнала протитуберкульозна служба?

— Війна не просто перевантажила систему — вона підірвала її основу. Уявіть собі: понад 1800 медичних закладів постраждали, з них значна частина — зруйновані повністю. Люди жили в підвалах, без води, без світла. Коли немає доступу до медицини, коли людина не має куди звернутися, симптоми лишаються поза увагою. Діагностика зупиняється, лікування переривається, моніторинг неможливий. За оцінками, близько 20% українців мали обмежений доступ до медичної допомоги. Це серйозний удар по боротьбі з будь-якими інфекційними захворюваннями і туберкульозом у першу чергу.

— Які ще чинники впливають на погіршення ситуації?

— По-перше, міграція. Понад 5 мільйонів людей перемістилися всередині країни. Частина з них опинилася у школах, спортзалах, гуртожитках. У таких умовах здоров'я відходить на другий план. Людина кашляє, відчувається слабкою — але ж куди піти? А тим часом туберкульоз поширюється саме там, де є скупчення людей.

Проблеми у військових: хоч ця тема чутлива, фіксується, що військові також є у групі ризику через тривалий стрес, перенаселення, неналежні умови проживання на передовій.

— У якому стані зараз протитуберкульозна служба? Що змінилося?

— Вона трансформувалася. І, всупереч міфам, не зникла, а стала ефективнішою. Раніше ми роками тримали пацієнтів у стаціонарах, бо була установка — ізолювати за будь-яких умов. Але це призводило до втрати соціальних зв'язків, до перезараження іншими штамми, до зниження якості життя та дорогого лікування для держави. Зараз госпіталізація — лише за чіткими показами.

— Під час повномасштабної війни 17 липня 2023 року Верховна Рада ухвалила «Закон про подолання туберкульозу в Україні». Відтак лікування туберкульозу мало б стати доступнішим для пацієнтів, а система діагностики — відповідати світовим стандартам. У чому суть нових змін у законодавстві?

— У лютому 2024 року закон набув чинності, і він змінив філософію: тепер ми не просто «протидіємо», а ставимо мету — подолати ту-



беркулез. Це означає конкретні зобов'язання. Ми посилили роль регіональних фтизіатричних центрів, що координують роботу в областях. Розширили повноваження місцевої влади в частині протидії туберкульозу. Запустили ініціативу «Громади вільні від туберкульозу», яка передбачає відповідальність на всіх рівнях: від держави до конкретної громади. Та ввели обов'язкову міжсекторальну співпрацю — з органами соціалістики, освіти, поліції, пенітенціарної служби, громадських організацій. Бо туберкульоз — це не лише про медицину. Це про житло, роботу, харчування, підтримку, про базову людську гідність.

— А як змінилася діагностика і лікування? Чи справді тут стався про-рив?

— Абсолютно. Те, що я бачила на початку своєї кар'єри, і зараз — це небо і земля. Ми колись ділили пігулку на кількох хворих. Зараз маємо сучасні короткі схеми: чутливий туберкульоз — 4–6 місяців, резистентний — 6–9. Нагадаю, раніше тривалість лікування становила 20–36 місяців. Тепер маємо сучасний підхід — амбулаторне лікування з першого дня, контрольований прийом ліків, підтримка на місцях. За останніми даними, 70% пацієнтів лікуються амбулаторно від початку. І це не лише європейський стандарт. Це сучасний, економічно обґрунтований підхід, який базується на доказовій медицині.

Замість мікроскопа — молекулярно-генетичні методи діагностики, які дають результат за лічені години, вони забезпечують високу точність і швидкість.

Діагностика у дітей: введено квантиферонові тести та можливість діагностики за зразками калу (для немовлят або дітей, які не можуть відкашляти).

19 нових мобільних підрозділів діагностують туберкульоз, ВІЛ, гепатити. Вони працюють у громадах, особливо у важкодоступних районах.

— Які ще інновації з'явилися останнім часом?

— Штучний інтелект. Ми встановлюємо системи, які аналізують рентген-знімки, і це прискорює діагностику в чотири-п'ять разів.

Вони не замінюють лікаря, але дозволяють йому працювати швидше й ефективніше. У прифронтових регіонах і в селах це критично важливо. Перші системи уже працюють у

Яна ТЕРЛЕЄВА —
провідна фахівчиня
з питань лікування та
профілактики тубер-
кульозу Центру гро-
мадського здоров'я
МОЗ України

Лікарка-фтизіатр.
Має понад 20 років
досвіду в програмі
боротьби з тубер-
кульозом. Очолює
впровадження націо-
нальних стратегій по-
долання туберкульо-
зу, зокрема переходу
до амбулаторного
лікування, коротко-
тривалих схем терапії
та використання
штучного інтелек-
ту в діагностиці. Є
однією з ініціаторок
міжсекторального
підходу до боротьби з
туберкульозом в умо-
вах війни. Підтримує
ідею генетичного та
цифрового контролю
з можливістю моніто-
рингу туберкульозу
навіть без клінічних
симптомів.

**Активно співпра-
цює з ВООЗ, Глобаль-
ним фондом, Stop TB,
Ukrainian Red Cross
та іншими міжнарод-
ними партнерами для
координації заходів,
покликаних підтрима-
ти подолання тубер-
кульозу в кризових
умовах.**

Львівській, Сумській та Івано-Франківській областях, планується масштабування по всій країні.

Крім того, ми запустили секвенування — аналіз мікобактерії туберкульозу на рівні ДНК дозволяє визначити мутації ще до появи клінічних симптомів. Це вже рівень світових наукових лабораторій.



**Коли наші пацієнти
виїжджали за кордон,
ми побачили: у багатьох
країнах застарілі схеми.
Україна стала джерелом
експертизи**

— Україна навіть ділиться досвідом подолання туберкульозу з іншими країнами. Як так сталося?

— Так, це парадокс війни. Коли наші пацієнти виїжджали за кордон, ми комунікували з медиками в понад 40 країнах. І з'ясувалося, що у багатьох — застарілі схеми, відсутність нових ліків, немає досвіду лікування пацієнтів з ВІЛ чи резистентними формами. Українські фахівці допомагають впроваджувати сучасні протоколи, навчати клініцистів. Наш досвід — безцінний.

— Громади ви згадували як ключову ланку. Якою має бути їхня роль у цій реформі?

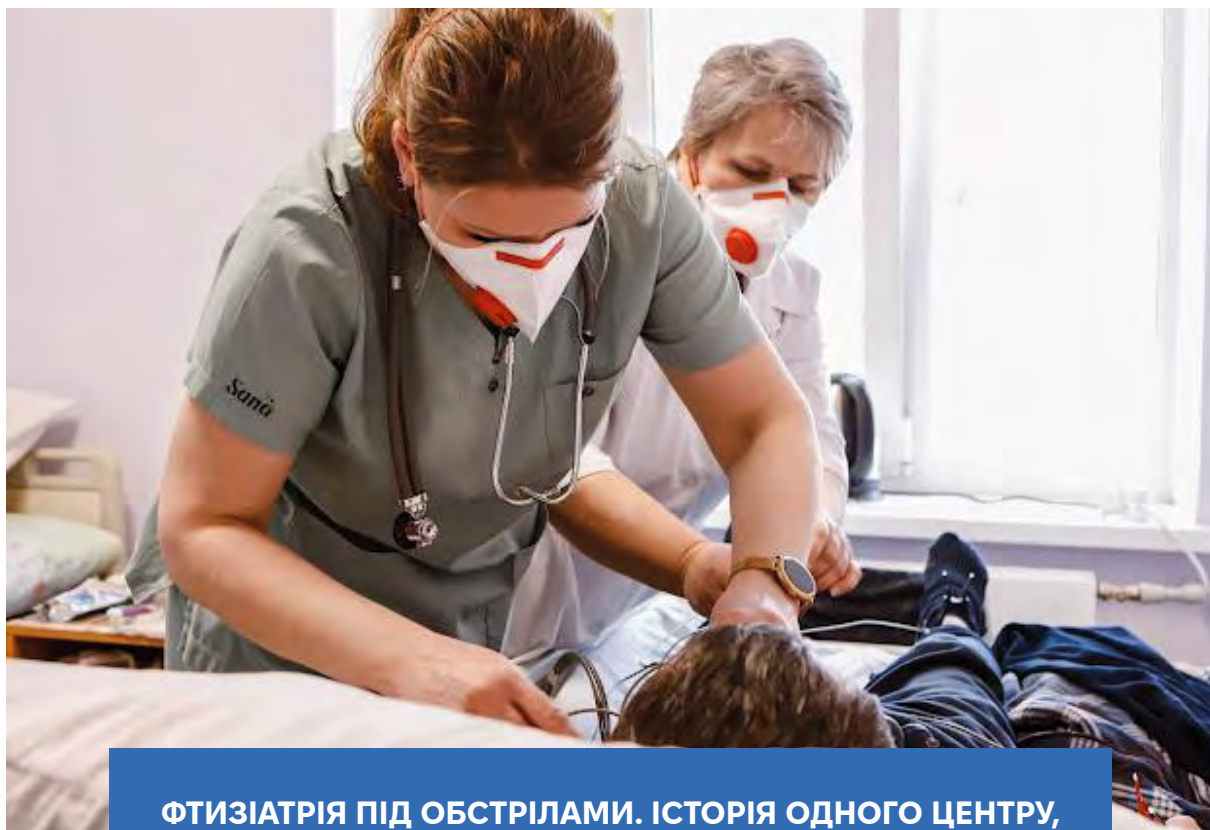
— Громада відповідає за здоров'я своїх мешканців. Її керівництво має забезпечити кадри, умови, інфраструктуру. Якщо треба — організувати виїзні обстеження. Якщо хтось не лікується — з'ясувати, чому. Психолог? Проблеми з житлом? Немає грошей чи надії? Це має вирішуватися індивідуально, з людяністю. Бо боротися з туберкульозом — це не лише про фтизіатрів. Це про всіх нас.

— І нарешті: що б ви хотіли, щоб після цього інтерв'ю відчув кожен читач?

— Щоб кожен запитав себе: а що я можу зробити? Порадити другу звернутись до лікаря. Бути толерантним до хворого. Розвіяти міф. Поширити правду. Це хвороба, яку можна вилікувати. Але подолати її можна тільки разом.



**Боротися з туберку-
льозом — це не лише
про фтизіатрів. Це про
всіх нас**



ФТИЗИАТРІЯ ПІД ОБСТРИЛАМИ. ІСТОРІЯ ОДНОГО ЦЕНТРУ, ЩО ТРИМАЄ МЕДИЧНУ ОБОРОНУ НА ДОНЕЧЧИНІ

«У мене на вікнах — мішки з піском. Під столом — бронежилет і каска. А за вікном — канонада. Але я йду на роботу. Бо тут мої пацієнти. Тут — моя команда. І моя війна».

У прифронтовому Краматорську триває боротьба — не лише зі снарядами, а й з хворобами. Тут, за 17 кілометрів від Часового Яру, працює Краматорський обласний фтизіопульмонологічний центр. Установа, яка після окупації Донецька в 2014 році стала фактичним обласним протитуберкульозним закладом. І яка, попри нову хвилю війни, попри евакуації, руйнування і постійні загрози, не припинила свою роботу. Бо туберкульоз, на жаль, не знає перемир'я.

Війна з хворобою. І з війною

Починаючи з 2014 року, медична система Донеччини жила в режимі кризового управління. Центр у Краматорську взяв на себе всі функції колишнього Донецького обласного диспансеру.

«Ми швиденько-швиденько навчились, перепрофілювалися і почали самі працювати з регіонами, з областю, з закладами охорони здоров'я первинної, вторинної ланки. Ми займалися всіма державними стратегіями, програмами. Ми здійснили реформу протитуберкульозної допомоги», — розповідає завідувачка легеневим відділенням КНП «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер» Наталія Клименко.

Згодом до Краматорського диспансеру приєдналися заклади в Бахмуті, Слов'янську, Торецьку, Костянтинівці, Маріуполі.

«Ми будували сучасну службу. Мали лабораторії, амбулаторії, мобільні бригади. Запустили капітальні ремонти. Планували, що ще трохи — і будемо одними з найкращих в Україні», — каже пані Наталія про роботу диспансеру.

Але 2022 рік зламав усе. Буквально за добу диспансер мусив евакуюватися: пацієнтів — до Львова, персонал — хто куди.

«4 квітня ми прийшли на роботу. До обіду ще лікували, а вже надвечір закривали лабораторію, знищували культури мікобактерій, го-



тували поїзд для евакуації. Це був шок. Але па- ніки не було. Ми вже це проходили в 2014-му».

Втім, уже за кілька місяців лікарня почала повертатися. Бо люди повертались. Бо туберкульоз не чекав. Бо лікарі на місцях — у Добропіллі, Покровську — продовжували реєструвати нові випадки, потребували консуль- тацій, схем лікування, рішень.

«Я їхала з дитиною, з ноутбуком. І в дорозі писала схеми лікування, реєструвала випадки, давала поради. Ми працювали дистанційно. Бо інакше не могли».

Повернення. І початок з нуля

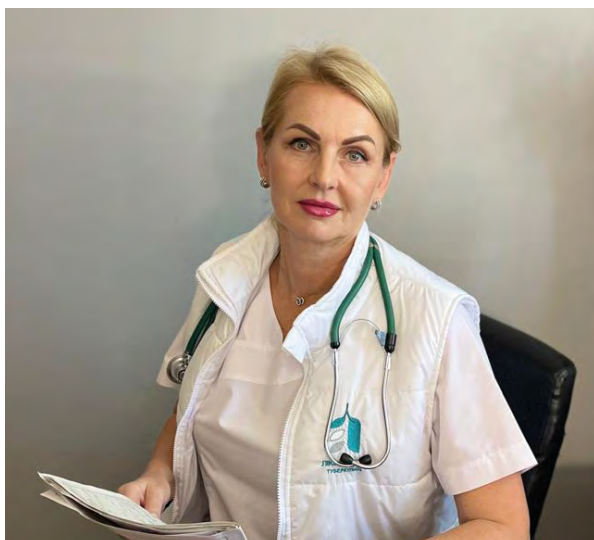
На прийомі тоді був один лікар. Потім по- вернулася Наталія Клименко. Згодом приєд- налися ще кілька лікарів. Але до повного шта- ту було ще дуже далеко.

«Було три лікарі. Чергувань ми не могли пе- рекрити. Працювали як могли. Приймали, лі- кували, знову приймали. По колу. Але ми три- малися».

У краматорському фтизіопульмонологічно- му центрі відновили роботу вже на початку літа, спочатку амбулаторне відділення, стаці- онар, а відтак — лабораторії.

«На 22-й рік у нас на тій території, спочатку було 360 000 населення, потім з початку осені 450 тисяч населення. Тобто ми побачили, що цивільне населення, навіть те, яке виїхало, по- чало повертатися, повертатися в свої домівки, навіть попри небезпеку».

Лікарські штати скоротилися в рази. З до- воєнних 350 працівників — лишилася трети- на. Багато хто виїхав за кордон, багато — не повернулися після евакуації. Але були й ті, хто залишався в Краматорську увесь час. І зараз вони — основа «зіркової команди», як її нази- ває Наталія Клименко.



Каска, світломаскування і конвеєр з фронту

«Мої дівчата працюють під обстрілами. У нас усі вікна забарикадовані. Світло — тільки всередині. За вікном — канонада і прильоти. Але ми йдемо на роботу. Щодня».

Сьогодні центр у Краматорську — це ще й тилловий пункт для діагностики військовослуж- бовців. Їх привозять просто з передової. Іноді — ще в броні, з автоматами, зі свіжими пораненнями.

«До нас їх привозять сортувати. Ми бачимо все. Ми звикли до всього, окрім того, в якому стані вони потрапляють. Молоді, здорові до війни хлопці... А тепер — зламані, поранені. Це не можна прийняти. Це не має бути нормою».

Попри щоденні обстріли, попри страх, по- при втому — центр працює. У дві зміни. Без вихідних. Без свят. Без відпусток третій рік по- спіль.



«Я звикла до всього, що відбувається тут. Звикла до відключень світла. Звикла до того, що у нас постійна повітряна тривога. А у нас вона справді постійна. Звикла до того, що, коли їду на роботу, а я виходжу рано, бо їду пішки, бо люблю своє місто, то я постійно чую по- стріли та вибухи. Звикла до того, що вже третій рік ми чуємо лінію фронту. Звикла до того, що у нас вимикається вуличне освітлення в 9:00 вечора. Ми не ходимо нікуди. Я звикла до того, що у нас немає свят. Ми три роки працюємо без відпустки. Без вихідних. У нас немає там 8 березня, бо це тепер звичайний день. І я зви- кла до того, що у нас неймовірні дівчата. В цих умовах ми працюємо кожен день і все одно всі приходять усміхнені, ми радіємо, що ми при- йшли на роботу. Ми радіємо, що зустрілися. Бо сьогодні сонячно, це так чудово, що у нас спі- вають птахи».

Робота краматорського протитуберкульоз- ного диспансеру — це історія не просто про лікарню. Це — про людську гідність під звука- ми війни. Про жінок, які тримають фронт не гірше за військових. Про боротьбу з хворобою в місті, де сам по собі кожен день — подвиг.



АВДІЇВСЬКА ЛІКАРНЯ: ЕВАКУАЦІЯ КРИЗЬ ВІЙНУ. КИЇВ СТАВ ПРИХИСТКОМ, АЛЕ СЕРЦЕ — НА ДОНЕЧЧИНІ

«Хто повз, кого на тачках привозили, хто сам доходив ...», — так медики згадують останні дні роботи Авдіївської лікарні перед евакуацією. Поки місто вже тремтіло від щільних обстрілів, лікарі залишалися — ночували у підвалах, оперували під звуки канонади, видавали гуманітарку, лікували стареньких, яких війна приречла на безвихідь.

У вересні 2022 року філія лікарні відкрилася у Києві. Ті, хто вцілів, хто виїхав, зібралися знову — в іншому приміщенні, але з рідними обличчями.

Медики на лінії фронту — без зброї, але з людяністю

Терапевт і медичний директор Віталій Ситник покинув Донецьчину лише у січні 2024-го — майже останнім. Згадує, як у 2022-му частину колективу відпустили добровільно: залишався той, хто міг. Лікарня продовжувала працювати — хірургія, неврологія, терапія, поліклініка. Медики видавали ліки, гуманітарні продукти та гігієнічні набори.

Коли щільність обстрілів зросла, виживали в одному корпусі. У лікарні ночували. Іти додому і повернутися на роботу щоразу було небезпечно.

«Вона нам тоді стала своєрідною домівкою. Ситуація пішла так, що десь восени 2023-го ми вже були в лікарні цілодобово. І, на жаль, ну, не кожен день, але кожен тиждень були втрати. Я маю на увазі не тільки смерті людей, а лікарі, се-

стри, санітарочки, інші співробітники потихеньку виїжджали. І так до січня 2024-го», — розповідає медичний директор.

Він залишився багатопрофільним лікарем для 900 мешканців, що тоді ще залишалися в місті. Лікував усе: від гіпертонії до уламкових поранень.



«Майже вже ніхто не їхав, бо ні на чому було їхати. Хто повз, кого на тачках привозили, хто сам доходив, хтось приходив і просив для мешканців, які не можуть прийти. Волонтери привозили», — каже Віталій.

Після виїзду всіх медиків пацієнтів, які потребували оперативного втручання, вивозили «Білі янголи» — групи поліції Донецчини, які здійснюють гуманітарні місії біля лінії фронту. Щоденно доправляли та вивозили пацієнтів у Покровськ, Селидове, Мирноград.

У Києві — хаб турботи й підтримки

Авдіївська лікарня в Києві має договір із НСЗУ. По допомогу сюди звертаються усі — і переселенці, і кияни.

«Ми відкрилися на цьому місці 15 вересня 2022-го року, і мешканці нашого міста дізналися, що ми тут, всі з'їжджалися, спілкувалися, обстежувалися, лікувалися», — каже директорка Тетяна Пурій.

Спочатку це був своєрідний хаб для авдіївських переселенців.



«Тепер і кияни приїздять, вони теж нас, надіюся, люблять, і все їм подобається. Приходять зі своїми родичами, сусідами, телефонне радіо працює, так скажемо», — додає директорка.

Але за комерційну оренду треба платити, фінансування від НСЗУ недостатнє. Частину послуг надають на платній основі. Персонал — здебільшого авдіївці. Але вже є і місцеві, бо команда росте: нині — 40 працівників.

Евакуація техніки — як рятувальна операція

Рішення про переїзд у Київ і створення філії було не спонтанним. Тетяна Пурій згадує, як упродовж двох років вивозили дороге обладнання — «правдами-неправдами». Все, що вдалося врятувати, — у нових стінах. Усе, що залишили, — розбите і розграбоване.

«Ми розуміли, що з часом фахівці розбіжаться, влаштуються в інші лікарні. а для нас важливим було збереження кадрового потенціалу, збереження якісного, дороговартісного обладнання. Це для підтримки наших мешканців, для надання допомоги їм, ми відкрилися», — розповідає директорка.

«Рідні обличчя — це те, що тримає»

«Була така дуже складна ситуація. Я виїхала з двома сумками у березні. То був останній виїзд. І більше фактично зв'язку з домом не було. І сьогодні я знаю, що там все розкидано. На це важко було дивитися. Боляче було, навіть, дивитися, як руйнують лікарню», — зізнається завідувачка лабораторії Тетяна Теплякова.



Вона пропрацювала в Авдіївській лікарні понад 35 років. Це було її перше місце роботи. Тетяні Тепляковій не лише не хотілося виїжджати, вона й гадки не мала, що в місто вже не повернеться.

Завдяки врятованому обладнанню заклад сьогодні надає амбулаторну поліклінічну допомогу. Є УЗД діагностика, є два апарати високої якості. Є також лабораторія.

Те, що будували роками, втрачено. Але спогади про Авдіївку живі і дуже теплі.

«Атмосфера, особливо протягом останніх 10 років... Ми були як острівна держава. Ми найближче були розташовані до Донецька, це менше 7 км. І найближчі великі міста — Краматорськ, Покровськ — були 80 і більше кілометрів від нас. Тобто це було справді єднання людей, це була справді громада. Кожен знав, хто ти, що ти, кожен міг допомогти, підказати, підтримати. І це не рік, не два, так ми жили з чотирнадцятого року. Це велика родина була», — каже Тетяна Василівна.

Тепер усе — і люди, і техніка, і досвід — зібрані під київським дахом. У нових стінах — старе покликання: служити тим, хто потребує. І мрія — що колись знову побачать не лише рідні обличчя, а й рідні вулиці.



СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ВІЙСЬКОВИЙ СТАН — ПАРАЛЕЛІ

Андрій ВИТРИХОВСЬКИЙ

завідувач інфарктного відділення з блоком інтенсивної терапії КПН «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр ІФ ОР», професор кафедри терапії, сімейної та екстреної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету, професор, д.мед.н., заслужений лікар України



Україна четвертий рік живе у реально-сті повномасштабної війни. Втрати, невідомість, постійна тривожність стали буденними. Але попри вибухи та обстріли продовжують працювати лікарі. Саме вони щодня мають справу не лише з серцево-судинними захворюваннями, а й із душевним болем своїх пацієнтів. А ще — зі своїм власним.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) і сьогодні є причиною №1 смертності в Європі. Щороку — втрата 1,5 мільйона життів. Витрати на них — мільярди. Але в Україні до цього додається ще один фактор: війна. Не просто збройне протистояння, а щоденний глибокий травматизм: втрати, сирени, евакуації, новини зі зведень.

Війна забрала сотні тисяч людських життів — мільйони скалічених тіл і душ, як в прямому сенсі, так і в переносному. Хтось втратив рідну домівку та роботу і вимушено переїхав в інше місто; роз'єднання сімей, невідомість за долю батька чи сина — воїнів-героїв, в когось і втрата рідного члена сім'ї. Без сумніву, в кожного громадянина нашої країни серце обливається кров'ю, коли бачить на Алеї героїв молоді обличчя. До цього звикнути не можна.

Це час психологічної трансформації. Ми стали «людьми зі сталі», адаптованими до ненормального. Але ця адаптація — не безкоштовна. Вона з'їдає нервову систему, ламає емпатію, підживлює синдром професійного вигорання.

Як лікар-кардіолог, я часто бачу не стільки серцеві патології, скільки симптоми «зламаних душ». Люди приходять не лише по ліки — вони шукають порятунку. Вчорашні оптимісти стали мовчазними. Скептики — зневіреними. І наша місія — не тільки підібрати терапію, а й повернути їм довіру до життя.

За останні два роки кількість пацієнтів із симптомами депресії та тривоги у лікарів загальної практики зросла на 30%, а кожен другий пацієнт

сімейного лікаря потребує корекції емоційного стану.

Але в кого брати ресурс, коли твоя емпатія — це витрата?

Пацієнти хочуть не тільки знань, а й емоційної присутності. Вони оцінюють нас за вміння слухати, підтримати, посміхнутися, бути «простими». А ми — лікарі — втомлені, мовчазні, часто з відбитками чужого болю в очах.

Плаче мозок, а сльози — в печінці й шлунку.

Синдром професійного вигорання — це не вигадка. Це діагноз. У Міжнародній класифікації хвороб він має код ICD11-QD85. Це виснаження, деперсоналізація, втрата сенсу й радості. ВООЗ визначає його як результат хронічного стресу, з яким не впорались.

Сьогодні понад половина пацієнтів сімейних лікарів мають тривожно-депресивний стан. А самі лікарі — мовчазно тримаються.

Лікарі — одна з найбільш уразливих до вигорання професій. За даними ООН, щороку на робочому місці помирає 3 мільйони людей — і медики серед лідерів цього страшного списку. Ми рідше звертаємось за допомогою, менше відпочиваємо, більше працюємо. У США рівень самогубств серед лікарів — вдвічі вищий, ніж у



військових. Найбільше вигорають урологи, лікарі екстреної медицини, кардіологи.

Але вигорання не починається на 10-му році роботи. Воно часто починається на 4-му курсі медичного вишу. У момент першої клінічної практики, першого зіткнення з людським болем, відповідальністю, знеціненням, страхом помилки. Особливо страждають ті, хто «зубрив», хто жертвував всім заради оцінки. Їхня емоційна амортизація — мінімальна.

Існує три типи лікарів, що вигорають найшвидше:

- Педанти — прагнуть ідеалу, навіть на шкоду собі.
- Демонстративні — хочуть бути першими у всьому і виснажуються від цього.
- Емотивні — відчувають чужий біль настільки, що втрачають себе.

Безсердечність до себе — теж каліцтво.

Міфи, що ведуть до емоційного вигорання лікарів:

• «Жити заради інших». Самопожертва сприймається як обов'язок, а не вибір. Та лікар — насаперед людина. Виснаження не додає професіоналізму — лише підвищує ризик помилок.

• «Якщо не я, то хто?». Звичка брати на себе все породжує втому й відчуття провини. Іноді достатньо запитати: «Чи справді це лише моя відповідальність?».

• «Робота — понад усе». Без перепочинку й радості від зробленого настає емоційне вигорання. Потрібно вміти не лише діяти, а й відновлюватися й дбати про себе.

Ці переконання, хоч і героїчні, ведуть до зриву. Бо ми — не супергерої. Ми маємо право на відпочинок, на помилку, на особисте життя.

Вигорання не завжди гучне. Часто воно — тихе. Це коли людина працює «на автоматі», не реагує, не радіє, не бачить сенсу.

Причини вигорання:

- Монотонність в роботі.
- Суворе регламентація часу.
- Вкладання в роботу великих особистих ресурсів при нестачі визнання та позитивної оцінки.
- Робота з «невмотивованими пацієнтами».
- Конфлікти в професійному середовищі, недостатня підтримка колег та їхній зайвий критичизм.
- Нестача умов для самовираження особистості на роботі.
- Робота без можливості професійного росту та удосконалення.
- Особисті конфлікти.

• Відсутність зв'язку з керівництвом — люди влаштовуються на певну роботу, а звільняються через керівника.

Якщо не зупинитись — організм зупинить за вас.

Частина лікарів уже обирає шлях балансу. Переходять на неповну ставку, зменшують обсяг прийомів, залишають чергування. І це не поразка. Це усвідомленість. У 2021 році 30% випускників медвишів у США шукали роботу на неповний день. Бо хочуть жити, а не тільки лікувати.

**Чи я хочу заради цього жити?»
— спитайте себе, як радив Аль-фред Ленглі.**

А що я б міг Вам порадити

Спати. Поганий сон — причина гіпертензії.

Посміхайтесь — сміх покращує кровообіг на 22%, а смуток та печаль знижує на 35%.

Найважчі справи робіть з самого ранку.

Не смійтеся над чужими мріями. Мрійте також.

Витрачайте час на родину, подорожі, паузи — ваші діти не чекатимуть, поки у вас з'явиться вільна хвилина.

Відокремлюйте робочий і домашній простір. Раджу заводити ритуали: вдома знімати каблучку, годинник, який носите на роботі, одягати домашній одяг.

Дозволяйте собі «dolce far niente» (італ.) — «дні солодкого неробства».

Зїжте смаколик — цукор іноді потрібен не для організму, а для душі.

Зникайте іноді з радарів — телефону, вайберу, пацієнтів.

Заведіть собаку — він зробить ваш світ ширшим, і «заведе» вас у новий ранок, новий ліс, нове життя.

Спілкуйтесь із тими, хто радіє життю. Спілкуйтесь із життєрадісними людьми.

І ще: менше негативу. Людський мозок запам'ятовує 7 негативних думок на кожен позитивний. Навчімося зупиняти цей потік. Ідучи з поганої зміни — не забирайте її в голову.

Я не закликаю до ліні. Я закликаю до самоповаги. Бо тільки лікар з цілісним серцем може бути серйозною підтримкою іншим.

І на останок скажу — не гасить в собі сонце. А що стосується роботи, існує два методи вирватися вперед: грати за правилами краще за всіх, або ж краще за всіх порушувати правила.



ФРОНТ ЕПІДЕМІЧНОГО ЗАХИСТУ: РОБОТА ЖИТОМИРСЬКОГО ЦКПХ У ДЕОКУПОВАНИХ ГРОМАДАХ

Унаслідок тимчасової окупації частини територій Житомирської області під час активної фази воєнних дій 2022 року постала нагальна потреба у комплексній оцінці санітарно-епідемічної ситуації в деокупованих населених пунктах. В умовах зруйнованої інфраструктури, порушеного водопостачання та потенційної хімічної й біологічної небезпеки, фахівці ДУ «Житомирський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» здійснили низку заходів з моніторингу та забезпечення епідемічного благополуччя населення.

Починаючи з першого дня повномасштабного вторгнення Росії на територію України, були окуповані населені пункти Народицької територіальної громади Житомирської області: с. Радча, с. Нова Радча, с. Стара Радча, с. Вільхова, с. Ровба, с. Тичків, а з 28 лютого с. Грезля та с. Давидки. Деокуповані вони були 04.04.2022 р. Крім того, під окупацією з 28.03.22р. по 01.04.22р. знаходилось с. Рубежівка.

На виконання наказу МОЗ України № 597 від 08.04.2022 року «Деякі питання забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення під час ліквідації наслідків збройної агресії Російської Федерації проти України» та наказу ДУ «Житомирський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» № 10-од від 10 травня 2022 р. «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення під час ліквідації наслідків збройної агресії РФ проти України» у період з травня 2022 р. по липень 2022 р. фахівцями Овруцького міжрайонного відділу (на даний час — Овруцького відділення Коростенського районного відділу) було проведено санітарно-епідемічну оцінку територій населених пунктів, які були тим-

часово окуповані. В уніфікований алгоритм проведення оцінки була включена інформація щодо рівня охоплення населення зазначених територій вакцинацією згідно з національним календарем профілактичних щеплень за останні 5 років, потреб в швидких тестах на основні групи інфекційних хвороб, оснащення та спроможності пунктів вакцинації, умов зберігання вакцин, потреб у імунобіологічних препаратах, відсотка зруйнованої інфраструктури, ризику підтоплення територій, джерел водопостачання, характеристики каналізаційних мереж та ін.





Фахівцями Овруцького відділення було відібрано проби води з джерел централізованого водопостачання (в с. Радча та Нова Радча) та з джерел децентралізованого водопостачання (в с. Давидки, с. Грезля, с. Радча, с. Нова Радча) для досліджень на санітарно-хімічні та мікробіологічні показники.

При виявленні відхилень за результатами лабораторних досліджень інформація невідкладно передавалась до органів місцевої влади, з наданням пропозицій щодо вжиття відповідних заходів реагування з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Мешканцям зазначених населених пунктів надавались рекомендації з проведення заходів щодо очистки та дезінфекції джерел водопостачання.

Відбирались проби ґрунту в с. Грезля та с. Давидки в місцях скупчення військової техніки для дослідження на вміст свинцю, цинку, кадмію, нафтопродуктів та на мікробіологічні показники.

Проводились дослідження стану атмосферного повітря (в с. Нова Радча, с. Радча, с. Стара

Радча, с. Давидки, с. Грезля) та дозиметричний контроль місцевості (в с. Грезля, с. Давидки, с. Нова Радча, с. Стара Радча, с. Радча).

Було забезпечено ефективну комунікацію з населенням про базові навички профілактики інфекційних хвороб, особливостей водокористування (бутильована вода, необхідність кип'ятіння, тощо), приготування їжі у непристосованих умовах, використання засобів індивідуального захисту, позапланової вакцинації проти вірусного гепатиту А, тощо.

Крім того, фахівцями установи проводилось опитування населення деокупованих територій щодо потреб у медичному обслуговуванні, продовольчому забезпеченні та стосовно побутових умов проживання.

З метою забезпечення потреб найбільш уразливих верств населення фахівцями установи проводились виїзди в деокуповані населені пункти з метою надання гуманітарної допомоги мешканцям (продуктів харчування, одягу, посуду, засобів особистої гігієни, лікарських засобів, виробів медичного призначення та інших предметів базової потреби).

ДУ «Житомирський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» укомплектована кваліфікованими фахівцями, забезпечена всім необхідним для індивідуального захисту працівників, обладнанням для відбору проб і проведення лабораторних досліджень та готова до роботи в умовах загрози або виникнення надзвичайних ситуацій.

Тетяна МАРТИНЧУК

заступниця генерального директора з організаційно-методичної роботи ДУ "Житомирський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України".





ВИСТОЯЛИ У НАЙВАЖЧИЙ ЧАС



Вадим БАЛІНСЬКИЙ

спеціаліст відділу комунікації та інформаційно-роз'яснювальної роботи ДУ «Чернігівський ОЦКПХ МОЗ України»

24 лютого 2022 року... Цю дату покоління українців запам'ятають назавжди, адже вона змінила життя кожного і всіх разом. У нашій пам'яті навічно закарбуються картини ранку цього дня, коли гуркіт канонади, лязкіт військової техніки, чорні хмари диму від вибухів, звуки сирени сповістили — підступний ворог прийшов, аби забрати наше мирне життя і поставити українців на коліна.

На власні очі побачили цей тривожний ранок співробітники Чернігівського обласного центру контролю та профілактики хвороб — до міста дерлися ворожі війська, вони швидко наближались до околиць Чернігова.

Цього дня керівництво установи зібрало нараду, на порядок денний винесли одне питання — як працювати далі і як забезпечити реалізацію покладених на Центр обов'язків. Спільно вирішили знищити всі бактеріологічні агенти, аби вони не поширилися у навколишнє середовище. Тому їх і було автоклавовано. Лабораторія вдень ще працювала, бо люди зверталися за аналізами з приводу COVID-19, втім, за результатами вже ніхто не прихо-

див. Поки працював інтернет та було світло, підтримувався постійний зв'язок із МОЗом, ЦГЗ, а також з відокремленими структурними підрозділами установи.

У наступні дні також тривали наради, вирішували організаційні питання життєдіяльності Центру, по мірі надходження інформацій про знищення ворожих колон обговорювалися можливість досліджень атмосферного повітря і ґрунтів на прикордонних територіях. Втім, враховуючи інтенсивність військових дій та облогу Чернігова, вирішили цю роботу проводити лише після звільнення населених пунктів області.

За кілька днів після вторгнення зникло світло, на за-





правних станціях — повна відсутність пального, не ходив громадський транспорт. Хто жив поблизу, приходив у колектив, хоча у будівлях вже не було ані води, ані опалення. Багато співробітників виїхали, дехто перейшов на дистанційну форму роботи.

Відтак на фоні постійних обстрілів, бомбардувань діяльність Центру припинилася...

І вже на початку квітня 2022-го року поступово Центр почав «оживати» — в кабінетах, лабораторіях з'явилися співробітники, відновлювалося електро- та водопостачання. Ворог відходив від міста, тому у людей з'явилася надія.

Керівництво установи та завідувачі підрозділів почали визначати завдання, які слід вирішувати першочергово. Необхідно було дізнатися, звідки беруть люди воду для гігієнічних потреб та для пиття, адже вона може бути чинником для поширення інфекційних хвороб, як через перебої з електрикою зберігаються продукти харчування та яким є стан ґрунтів, особливо у тих місцях, де проходили та знищувалися колони техніки, бо вилив пально-

го, звісно, негативно позначався на їхньому хімічному стані. А ще — необхідність дослідження стану повітря, адже внаслідок вибухів та бомбардувань певний час небо Чернігова закривали чорні токсичні хмари. Ці дослідження почали проводити тоді, коли ворог був змушений відійти до своїх кордонів.

У цей період відновився мобільний зв'язок, налагодилися контакти з відокремленими підрозділами Центру. Почалися і перші, після зняття облоги, виїзди спеціалістів у віддалені населені пункти Чернігівщини.

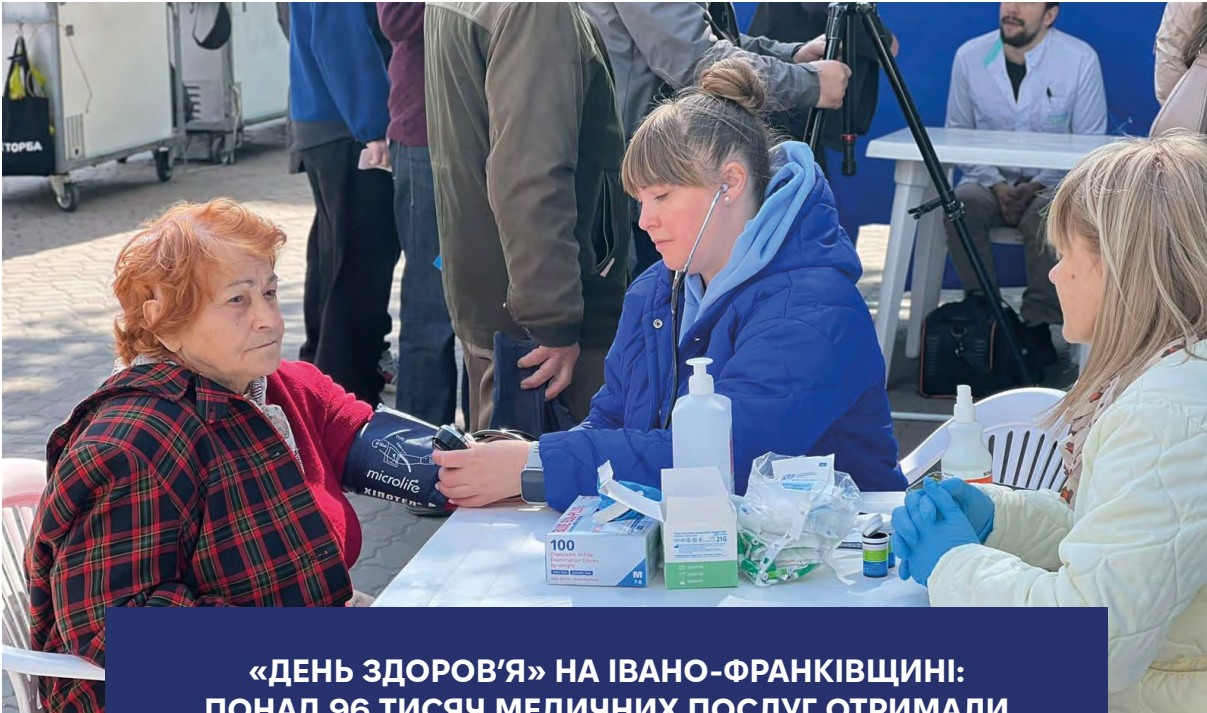
Очікували сплеск інфекційних захворювань. Втім, зі зрозумілих причин припинилося звернення громадян за медичною допомогою. І як з'ясувалося пізніше, стан захворюваності в регіоні не був пов'язаний із активними бойовими діями.

До звичної роботи Центр повернувся у середині червня, коли практично всі співробітники приступили до виконання своїх службових обов'язків. Головне — від обстрілів ніхто з працівників та членів їхніх родин не загинув. Тепер люди розуміють, що завдяки згуртованості, взаємній підтримці Центр

доволі швидко «став на рейки» і запрацював у звичному режимі, поступово наповнився запасом вакцин та реагентів. На щастя, будівлі установи не постраждали від обстрілів, тому обладнання, оргтехніка, транспорт, лабораторії та інші приміщення залишилися непошкодженими.

Втім, війна не закінчена. Чернігівщина межує з країною-агресоркою та її сателітом — Білоруссю. Щоденно прикордонні і не тільки територіальні громади області обстрілюються з різних видів озброєння, до населених пунктів заходять ворожі ДРГ, інколи знищують медичні установи прикордоння, є жертви серед мирного населення. Саме тому фахівці Обласного центру контролю та профілактики хвороб з робочими поїздками завдяки проекту «Мобільний автобус» їздять у громади задля вивчення та дослідження ситуації, що становить загрозу для громадського здоров'я.

Відтак Чернігівський ЦКПХ нині працює в умовах постійних викликів, пов'язаних із військовою агресією. Але «колективна свідомість» дозволяє вирішувати всі завдання, що на нього покладені.



**«ДЕНЬ ЗДОРОВ'Я» НА ІВАНО-ФРАНКІВЩИНІ:
ПОНАД 96 ТИСЯЧ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ОТРИМАЛИ
МЕШКАНЦІ ГРОМАД ВІД ОБЛАСНОГО ЦКПХ**

У 2023 році Всесвітня організація охорони здоров'я підтримала ідею Міністра охорони здоров'я України Віктора ЛЯШКА та закупила для України автобуси для проведення вакцинальних кампаній. Прикарпаття отримало 4 таких транспортних засоби, які були розподілені між районами області.

3 ініціативи генерального директора ДУ «Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», головного державного санітарного лікаря області Руслана САВЧУКА було прийнято рішення розширити кількість медичних послуг, залучити комунальні і приватні заклади охорони здоров'я, громадські об'єднання та започаткувати проведення масштабних виїзних акцій «День здоров'я» у громадах.

Так, перший захід відбувся вже у квітні 2023 року в Рожнятові. Його метою було наближення медичних послуг до населення, зокрема до

найвіддаленіших населених пунктів. Така ініціатива була позитивно сприйнята населенням, кількість відвідувачів зростала, тож вона поширилась на територію цілої області, а згодом і всієї України.

Акція «День здоров'я» активно проводиться і сьогодні. До неї долучаються дедалі більше партнерів.

За перше півріччя 2025 року Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб провів у територіальних громадах Прикарпаття 85 виїзних акцій «День здоров'я».

За цей період надано 35 916 безкоштовних медичних послуг, зроблено 1 050 щеплень.





Участь у заходах взяли 12 074 мешканці Івано-Франківської області.

Серед них у 22,7% від загальної кількості обстежених виявили відхилення від норми. Таких громадян скеровано до лікарів загальної медичної практики та медичних закладів на подальше обстеження та лікування.



З лютого поточного року в рамках реалізації програми «Надання послуг профілактики та скринінгу ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом» розпочала роботу Мобільна медична амбулаторія (клініка).



Наразі відбулося уже 48 виїзних заходів, у рамках яких надано 6 908 безкоштовних медичних послуг: тестування на вірусні гепатити В та С, ВІЛ/СНІД, сифіліс, а також флюорографія

грудної клітки, термометрія та вимірювання артеріального тиску.

«Наближення медичних послуг до людей та профілактика захворювань дають добрий результат. Щороку під час Акції «День здоров'я» ми надаємо десятки тисяч послуг, залучаючи до цього заклади охорони здоров'я різних форм власності. Виявляємо різні патології та скеровуємо людей до вузькопрофільних спеціалістів для проходження подальших обстежень та лікування. Разом із тим пропагуємо здоровий спосіб життя, розповідаємо про інфекційні та неінфекційні хвороби, навчаємо корисних поведінкових звичок», — розповів генеральний директор Івано-Франківського обласного центру контролю та профілактики хвороб Руслан Савчук.



За минулий рік під час 99-ти виїзних акцій «День здоров'я» на Прикарпатті надали близько 50 тисяч безкоштовних медичних послуг.

До слова, на 2025 рік заплановано провести 133 акції «День здоров'я» та здійснити 96 виїздів Мобільної медичної амбулаторії.



ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕПІДПРОЦЕСУ ПРИ ПІДШКІРНОМУ ДИРОФІЛЯРІОЗІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2005-2024 РОКИ



Роман САФОНОВ
генеральний директор ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»

Одним із викликів у сфері громадського здоров'я є захворювання, які викликаються личинками гельмінтів тварин, що невластиві людині. Нині на території України реєструється єдиний трансмісивний гельмінтоз із групи філяріозів, котрий характеризується паразитуванням у людини нематоди *Dirofilaria repens* — підшкірний дирофіляріоз.

Проблема поширення дирофіляріозу на сучасному етапі для Рівненської області набуває особливого значення через:

- збільшення чисельності волюжних собак та котів, які є джерелом інвазії, недотримання термінів дегельмінтизації домашніх улюбленців, зростаючу епізоотію серед них;

- міграцію диких м'ясоїдних тварин, яка не контролюється;

- зміну екологічного стану довкілля та збільшення чисельності кровосисних комах, які є специфічними переносниками захворювання, їх мобільність, а також участь у поширенні збудників дирофіляріозу таких кровосисних членистоногих, як мошки, гедзі та іксодові кліщі, що збільшує ареал поширення інвазії та збереження її в екосистемах;

- кліматичні зміни, котрі призводять до швидшого дозрівання інвазійних личинок у переносниках та обороту дирофіляріозу у природі;

- зміну соціально-економічних умов, міграцію населення, збройні конфлікти, які ускладнюють епідеміологічну та епізоотологічну ситуації з цього захворювання;

- недостатню обізнаність населення щодо зараження та проявів захворювання, а інколи й лікарів з питань діагностики, лікування та профілактикування підшкірного дирофіляріозу.

Великою прогалиною в епі-

деміологічному нагляді за цієї інвазією є відсутність нормативно-правових документів, без яких роботу в осередках кожного випадку дирофіляріозу здійснювати доволі складно.

У Рівненській області підшкірний дирофіляріоз серед людей реєструється щорічно з 2005 року. За цей час зафіксований 51 випадок цієї інвазії, за період моніторингу середній багаторічний приріст захворюваності становить 2,9%, джерело зараження у всіх випадках не виявлене. У більшості випадків паразит видалявся при хірургічному втручанні у медичному закладі.

У перші 10 років реєстрації захворювання 50% епізодів припадало на дирофіляріоз з локалізацією гельмінта під шкірою повік, а також у слизовій та під кон'юнктивою ока.

Нині фактування ураження ока зменшується й паразити визначаються у підшкірній тканині різних частин тіла, більше справа, переважають самки. Також зафіксовані 2 випадки нетипової локалізації дирофілярії в сальнику та брижі пацієнтів, захворювання протікали під діагнозом «пухлина», після хірургічного видалення та гістологічного дослідження яких були встановлені осередки хронічного запалення та згорнута у клубок нематода, розрізана у косих та поперечних напрямках. Така глибока міграція *Dirofilaria repens* вимагає подальшого вивчення, зважаючи на ризик ураження іншим видом парази-



Юлія ТЕРЕНТЬЄВА
завідувачка відділу епідеміологічного нагляду та профілактики інфекційних хвороб ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»



Руслана ДРАБ
ентомологиня ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»

та — *D. immitis*, котрий призводить до дирофіляріозу внутрішніх органів.

Кожен макропрепарат гельмінта досліджувався у паразитологічній лабораторії Центру на предмет видової ідентифікації та визначення статі. Особлива увага зверталася на можливе виявлення мікрофілярій в матці статевозрілих самок. Хоча людина є випадковим і нетиповим хазяїном для личинок дирофілярій, ризик того, що вона може стати джерелом зараження для інших існує, через те що в нашому організмі теоретично можуть одночасно паразитувати самці і самички, ймовірність мікрофіляріємії унеможливити не можна. Нами проведені навчання персоналу клініко-діагностичних лабораторій області щодо первинного морфологічного дослідження та ідентифікації збудника дирофіляріозу після хірургічного видалення в ЗОЗ, та наступного направлення гельмінту чи його фрагментів в ОЦКПХ для підтвердження.

За кожним випадком підшкірного дирофіляріозу здійснюється епідеміологічне та ентомологічне обстеження осередку за місцем проживання хворого, результати якого оформляються за ф. 357/о «Карта епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання».

Зважаючи на те, що епідеміологічний та епізоотологічний процеси при дирофіляріозі тісно пов'язані між собою, нами було докладено багато зусиль, аби залучити увагу фахівців з ветеринарії до цього захворювання. При реєстрації підшкірного дирофіляріозу серед людей у Рівненській області з 2005 року, відповідно до офіційних відомостей ветеринарної медицини до 2015 року дирофіляріоз серед тварин у регіоні не фактувався, що не могло не впливати на поширення цього захворювання в екологічних умовах Рівненщини. Лише з 2015 року діагностика дирофіляріозу у тварин таки розпочалась, згідно зі спільно розробленими планами заходів вона здійснюється за повним

епізоотологічним анамнезом, клінічними ознаками хвороби, патолого-анатомічними змінами та виявленням гельмінтів у тілі тварин, а також з обов'язковим дослідженням крові собак та котів на наявність мікрофілярій. За результатами цих досліджень фахівці Держпродспоживслужби здійснюють заходи з оздоровлення тварин в осередку дирофіляріозу кожного хворого та надають рекомендації їх господарям щодо правил поводження з ними надалі.

При ентомологічному обстеженні за кожним випадком захворювання обстежували житлові та підсобні приміщення, а також природні біотопи у радіусі до 1,5 км від місця проживання хворого для встановлення наявності кровосисних комарів, їх видової ідентифікації й чисельності, з обов'язковим відловом гоноактивних самок для їх розтину та визначення наявності мікрофілярій. За 20 років моніторингу таких досліджень здійснено 2678, відсоток позитивних знахідок коливався від 0,4 до 2,8, що дозволило підтвердити місцеву передачу підшкірного дирофіляріозу у Рівненській області.

Епідеміологічна ситуація з підшкірного дирофіляріозу в Рівненській області є нестійкою через зростання захворюваності серед людей, високу циркуляцію збудника інвазії у довкіллі внаслідок недостатніх заходів з виявлення й оздоровлення хворих тварин, які є джерелом зараження, а також високу чисельність кровосисних комарів — специфічних переносників мікрофілярій та підтверджену нами місцеву передачу захворювання на Рівненщині.

Запорукою оздоровлення території Рівненської області від підшкірного дирофіляріозу є впровадження міжсекторального комплексного підходу для подолання спільних загроз здоров'ю людей, тварин та довкіллю за принципом «Єдиного здоров'я».

З ЧЕРВНЯ ДО ЖОВТНЯ В УКРАЇНІ ТРИВАЄ ПОСИЛЕНИЙ ЕПІДНАГЛЯД ЗА ХОЛЕРОЮ: ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ДОДАТКОВО ПЕРЕВІРЯТИМУТЬ

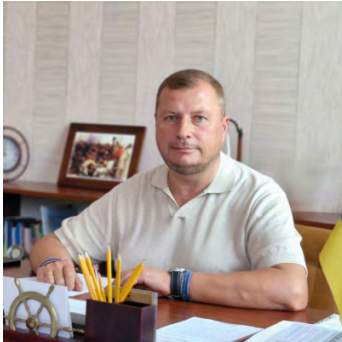
За останнім оприлюдненим звітом Європейського Центру контролю та профілактики хвороб (ECDC), з 1 січня 2025 року по 2 травня у світі зареєстровано 111 359 випадків холери, з яких 1 562 — летальні випадки. Випадки холери і сьогодні реєструють у Африці, Азії, на Близькому Сході.

Впродовж року в Україні проводиться безперервний епідеміологічний нагляд за холерою, а з червня до жовтня, спеціалісти посилюють епіднагляд. Зокрема, під час посиленого спостереження за холерою у важких або складних випадках гострих кишкових інфекцій пацієнтів, які звертаються до лікарів або в разі госпіталізації до медзакладів, будуть додатково перевіряти: проводити лабораторні дослідження на перевірку холери, щоб запобігти поширенню захворювання в літній сезон. Для цього лабораторії Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) в областях мають спеціалізоване лабораторне обладнання та реагенти.

Також впродовж сезону спостереження за холерою, фахівці ЦКПХ проводять дослідження зразків довілля: моніторинг проб води, стічних вод, прісної та морської води. Минулого року за цей період фахівці обстежили 13 238 людей із гострою кишковою інфекцією, спалахів холери не виявлено. Щодо моніторингу води зі стічних вод, прісної та морської води: за період епідемічного сезону 2024 фахівці провели 9 949 досліджень таких проб. Спалахів холери не зафіксовано.

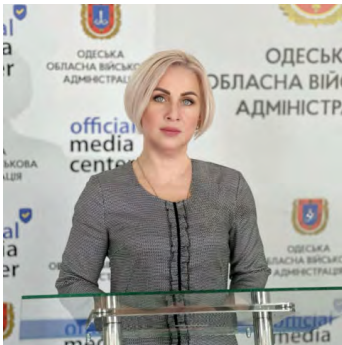
Холера — гостра діарейна інфекція, що виникає після вживання харчових продуктів або води, заражених бактерією *Vibrio cholerae* O1 або O139. Холера передається фекально-оральним шляхом від людини до людини, частіше у разі вживання забрудненої води, овочів, фруктів, під час купання у відкритих водоймах, а також через їжу і побутові контакти. Без належного лікування холера може призвести до зневоднення та смерті.

ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ СЕРЕД ЖІНОК ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ



Дмитро БОНДАРЕНКО

генеральний директор ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»



Тетяна ДОРОШЕНКО

заступниця генерального директора ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»



Юлія МАКСИМЕНКО

в.о. завідувачки відділення промоції здоров'я відділу розвитку громадського здоров'я та зовнішньої комунікації, лікарка відділу епідеміології (спостереження) та профілактики неінфекційних хвороб, ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»

Останні десятиліття у всьому світі спостерігається значне зростання чисельності людей із надлишковою масою тіла (далі – НМТ) та ожирінням. Так, за даними ВООЗ, з 1990 по 2022 рік відсоток дорослих (18 років і старше), які мають ожиріння, зріс більш ніж у 2 рази (1990 – 7 %; 2022 – 16 % – 890 млн. осіб). НМТ у 2022 році мали 43 % дорослих (2,5 млрд. осіб). Чисельність людей з НМТ та ожирінням і далі зростає.

За даними вчених, люди з ожирінням, навіть якщо у них ще не виявляються лабораторно метаболічні порушення, у порівнянні з метаболічно здоровими людьми, які мають нормальну вагу, наражаються на підвищений ризик виникнення супутніх неінфекційних захворювань (далі – РВСНІЗ), що дозволяє припустити, що здорової моделі збільшення ваги не існує. Ожиріння є поширеною проблемою в глобальному масштабі, яка тісно пов'язана із виникненням таких небезпечних неінфекційних захворювань (далі – НІЗ), як гіпертонія, серцево-судинні розлади та діабет. За даними вчених, ожиріння є універсальним предиктором передчасної смерті (2019 – приблизно 5 млн смертей від НІЗ спричинені вищим за оптимальний індексом маси тіла).

Вчені підкреслюють важливість розпізнавання абдомінального (вісцерального) ожиріння, оскільки воно є маркером ризику виникнення супутніх неінфекційних захворювань (далі – РВСНІЗ), особливо ризику серцево-судинних захворювань. За даними вчених, абдомінальне ожиріння може визначатись і у людей з показником індексу маси тіла (далі – ІМТ) в межах норми. Абдомінальне ожиріння визначається за допомогою замірів окружності талії (далі – ОТ). Особливо заміри ОТ вважаються показовими при аналізі розповсюдженості абдомінального ожиріння серед жінок.

Дослідження проводилось з

вересня 2023 року по грудень 2024 року шляхом анонімного онлайн-опитування за створеною Google-формою. В анкеті респондентів просили вказати стать, вік, місце проживання, дані щодо маси тіла (кг), росту та ОТ (см). Також жінкам було поставлене запитання – чи були вони вагітними на час опитування.

Оцінювання РВСНІЗ, в залежності від наявності абдомінального ожиріння, проводилось за допомогою шкали оцінювання значень ОТ представленої на сайті МОЗ України:

- ОТ до 79 см – найнижчий РВСНІЗ;

- ОТ 80-87 см – високий РВСНІЗ;

- ОТ 88 см і більше – дуже високий РВСНІЗ.

Об'єктом дослідження були жінки, які проживають у Одеській області. Для аналізу розподілу жінок за віком використовувалась вікова класифікація ВООЗ. Всього пройшли онлайн-опитування 799 жінок, зокрема: молодого (25-44 років) – 404 жінки та середнього віку (45-59 років) – 395 жінок; з них проживають в міській місцевості (далі – ММ) – 434 жінки, в сільській місцевості (далі – СМ) – 365 жінок.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою стандартних методів із розрахунком відносних величин.

Аналіз результатів опитування виявив, що незважаючи на важливість контролю показника ОТ для профілактики НІЗ, 12,27 $\pm$ 1,16 % опитаних не змогли відповісти на питання щодо розміру їх ОТ, при цьому вони знали свій зріст та масу тіла. Як правило, це були жінки молодого віку – кожна шоста респондентка; в середньому віці – кожна десята респондентка (25-44 років – 14,52 $\pm$ 1,69 %; 45-59 років – 9,59 $\pm$ 1,54 %; $t = 2,15$, $p < 0,05$). Достовірних відмін-

ностей в залежності від статусу населеного пункту проживання виявлено не було (ММ – 13,12 $\pm$ 1,68 %, СМ – 11,39 $\pm$ 1,60 %; $t = 0,05$, $p > 0,05$).

Аналіз отриманих відповідей щодо розмірів ОТ респонденток виявив, що тільки кожна третя респондентка мала низький РВСНІЗ (30,29 $\pm$ 1,63 %). В той час, як більшість респонденток – дві з кожних п'яти опитаних – мали дуже високий РВСНІЗ (41,93 $\pm$ 1,75 %). Високий РВСНІЗ за ознаками вісцераль-

ного ожиріння мали 15,52 $\pm$ 1,28 % респонденток.

Аналіз даних щодо розмірів ОТ в залежності від віку показав, що з віком відбувається зменшення кількості жінок з низьким РВСНІЗ (25-44 років – 38,94 $\pm$ 2,34 %; 45-59 років – 20,00 $\pm$ 2,09 %; $t = 6,03$, $p < 0,05$) та зростання кількості жінок з дуже високим РВСНІЗ (25-44 років – 32,49 $\pm$ 2,25%; 45-59 років – 53,15 $\pm$ 2,61 %; $t = 6,00$, $p < 0,05$) (Табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл жінок за показником ОТ в залежності від віку

	25-44 років % P $\pm$ m	45-59 років % P $\pm$ m	t	p
низький ризик	38,94 $\pm$ 2,34	20,00 $\pm$ 2,09	6,03	<0,05
високий ризик	14,06 $\pm$ 1,67	17,26 $\pm$ 1,98	1,24	>0,05
дуже високий ризик	32,49 $\pm$ 2,25	53,15 $\pm$ 2,61	6,00	<0,05
не знали розмірів своєї ОТ	14,52 $\pm$ 1,69	9,59 $\pm$ 1,54	2,15	<0,05

Аналіз даних щодо розмірів ОТ респонденток в залежності від статусу населеного пункту виявив, що в СМ вищі РВСНІЗ ніж у ММ. Так в СМ дуже високий РВСНІЗ за даними опиту-

вання виявлено у половини жінок, тоді як у ММ – у третини опитаних (СМ – 49,37 $\pm$ 2,52 %, ММ – 34,65 $\pm$ 2,37 %; $t = 4,26$, $p < 0,05$). У ММ у порівнянні з СМ більше жінок з низьким РВСНІЗ

(СМ – 23,04 $\pm$ 2,12 %, ММ – 37,38 $\pm$ 2,41%; $t = 4,47$, $p < 0,05$). Високий РВСНІЗ мала приблизно однакова кількість опитаних незалежно від статусу населеного пункту (Табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл жінок за показником ОТ в залежності від статусу населеного пункту

	ММ % P $\pm$ m	СМ % P $\pm$ m	t	p
низький ризик	37,38 $\pm$ 2,41	23,04 $\pm$ 2,12	4,47	<0,05
високий ризик	14,85 $\pm$ 1,77	16,20 $\pm$ 1,85	0,53	>0,05
дуже високий ризик	34,65 $\pm$ 2,37	49,37 $\pm$ 2,52	4,26	<0,05
не знали розмірів своєї ОТ	13,12 $\pm$ 1,68	11,39 $\pm$ 1,60	0,74	>0,05

Не зважаючи на важливість контролю показника ОТ для профілактики НІЗ, 12,27 % опитаних жінок не проводять контроль розмірів ОТ. Особливо це характерно для жінок молодого віку (25-44 років – 14,52 %; 45-59 років – 9,59 %; $t = 2,15$, $p < 0,05$).

Дуже високий РВСНІЗ виявлений у двох з кожних п'яти

опитаних жінок (41,93 %). Низький РВСНІЗ – тільки у третини опитаних (30,29 %).

З віком відбувається зменшення кількості жінок з низьким РВСНІЗ та зростання кількості жінок з дуже високим РВСНІЗ.

В СМ вищі ризики виникнення супутніх неінфекцій-

них захворювань. Так, за даними опитування в СМ, порівняно з ММ, менше жінок з низьким (СМ – 23,04 %, ММ – 37,38 %; $t = 4,47$, $p < 0,05$) та більше з дуже високим РВСНІЗ (СМ – 49,37 %, ММ – 34,65 %; $t = 4,26$, $p < 0,05$).



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

Т. Г. Шевченко



ХАРКІВСЬКА
ОКРАЇНА
ВІСЬМОГА
АДМІНІСТРАЦІЇ

**ПОШРАМОВАНИЙ, АЛЕ НЕСКОРЕНИЙ
– ЯК ХАРКІВ ПЕРЕЖИВАЄ ТРИ РОКИ
ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ**

Залізобетон — так за незламність і нескореність окупантам називають Харків – місто на північному сході України, розташоване за 30 км від російського кордону. У лютому 2022 світ побачив, як Харків чинить опір ворогу. На той момент, здебільшого російськомовне місто, здавалося окупантам легкою здобиччю, та замість квітів харків'яни зустріли росіян кулями.

Вже вранці 24 лютого ворожі війська стояли на окружній дорозі, окупанти встановлювали блокпости й розстрілювали тих, хто намагався до них наблизитися. Так росіяни вбили 51-річну Ірину Перліфон, коли жінка поверталася з магазину й намагалася потрапити додому в село в передмісті Харкова. Її донька Кароліна вижила, заховавшись за сміттєвими баками. І хоча окупантам кілька разів вдавалося прорватися в місто, їхню техніку знищували, а окупантів брали в полон і вбивали.

Школа на вулиці Шевченка стала місцем єднання українських сил оборони й місцем ганьби російських псковських десантників: 27 лютого 2022 року тут цілий день тривав важкий бій з елітним російським спецназом, який забарикадувався у шкільних класах. Надвечір, кого не взяли в полон, — українські захисники розстріляли й спалили. Харків виявився окупантам не по зубах.

Три роки місто живе під постійною загрозою, у травні 2024 року під час повторного наступу на Харківщину окупанти знову намагалися дійти до Харкова й взяти місто в оточення. Харків перебуває під постійними обстрілами, місто не раз накривали тривалі блекаути, тут не працюють школи, університети, й безкінечно лунають тривоги.

Містян називають незламними, та чи вважають себе такими самі харків'яни і як прикордонне місто пережило три роки повномасштабної війни.

Квіти серед руїн: навіщо Харкову святкові інсталяції

Центр міста, вздовж головної вулиці — Сумської — комунальники встановлюють штучні троянди, біля оперного театру — інсталяції у вигляді метеликів, а біля Дзеркального струменя квіткова фотозона — прикрашають місто до свята весни.

Зовсім поруч огорожена червоною стрічкою частина дороги на Сумській — дорожники

щойно залатали діру в бруківці — вночі сюди вдарив ворожий безпілотною. В житлових будинках вилетіли вікна, та їх швидко закрили OSB-листами й полагодили лінії електропередач. За два дні окупанти знову вдарили по центру міста. Протягом години завдали 9 ударів по трьох районах Харкова, половина ударів припала на центр. Та містяни навчилися жити в нових реаліях, зупиняються біля святкових інсталяцій, фотографуються. Серед них і Наталія з чоловіком, у візочку — 5-місячний син. Народжувати дитину у війну було страшно, каже жінка, але не відомо коли все це закінчиться, тому вирішили стати батьками навіть у такі складні часи.

«А скільки чекати, чого чекати? Роки йдуть, а коли війна закінчиться — не ясно».

Жінка радіє весняним інсталяціям, це піднімає настрій.

«Я вважаю, потрібно якось радувати людей, незважаючи на війну. Харків постійно під ракетами, КАБами, шахедями».





Жити тут і зараз: особисті історії харків'ян

Харків'яни сперечалися у соцмережах чи потрібні місту святкові інсталяції під час війни, чи доречно витрачати на це кошти, але в харківській міській раді запевнили, що місто не платило за це кошти, інсталяції придбали меценати, щоб підняти харків'янам настрій. Біля метеликів фотографується Юнна з донькою Ганною. Жінка не виїжджала з Харкова й мешкає тут всю повномасштабну війну.

«Взимку тут стояла інсталяція «Незламний Харків», і біля неї всі фотографувалися. Це було найкраще! Інколи здається, що потрібно більше нашим хлопцям допомагати, які нас захищають, бо треба й дрони, й інше — по копійках збирають люди, але й це також потрібно».

Її донька, Ганна, приїхала додому з Нідерландів на кілька тижнів. Дуже хоче повернутися додому назавжди. Але чим довше живуть за кордоном, каже, тим складніше це буде зробити.

«Повернемось, але це складно для дітей, вони пропустили дуже багато. Ми намагаємось вчитися у двох школах, і там, і в українській, але це складно. Й раніше вони постійно говорили про дім, про повернення, а зараз вже не так часто».

Вулиці міста напівпорожні, хоча за даними міської ради, нині у Харкові мешкає 1,2 млн жителів. Люди намагаються менше гуляти, бо прилетіти від окупантів може в будь-який час. Близько 200 тисяч жителів Харкова — переселенці. Жителі сіл та містечок, де йдуть бої, намагаються не евакуюватися далеко й залишаються в Харкові, щоб, як тільки стане можливо, повернутися додому.

А от Тамарі повертатися нікуди навіть після завершення війни. Дівчина мешкала у Вовчан-

ську, окупанти знищили її дім — місто в руїнах. Разом зі своїм другом орендує квартиру в центрі Харкова. В ніч на 1 березня в квартирі вилетіли вікна — тоді окупанти обстріляли середмістя безпілотниками «Герань-2», копіями іранських шахедів.

«Ми лягли спати об 11 годині ночі, прокинулися від того, що стався вибух і почули, як вікна сипляться. Спустилися зі спальні вниз, тут піднявся пил, дим. Приїхали ДСНС, поліція. Слава Богу, що це лише вікна й ми не постраждали».

Працюючий перфоратор — звук, який найчастіше можна почути у прифронтовому Харкові. Як тільки окупанти відстріляються, виїжджають комунальники й прибирають завали, закривають вікна. В ніч на 1 березня під удар потрапили 75 будинків. Вже на вечір комунальники накрили OSB-листами майже тисячу вибитих вікон.

У центрі Харкова важко знайти будинок з уцілілими вікнами. Забиті фанерою й історичні пам'ятки, як-от Держпром — залізобетонна будівля у центрі Харкова, яка стала символом незламності прифронтового міста. Поруч з нею станція метро, де облаштували метрошколу. Через небезпеку у місті заборонене оффлайн навчання, вчитися за партами школярі можуть лише під землею. Так на кількох станціях метро облаштували класи й побудували дві підземні школи.

На 2025 рік у Харкові виділили майже 470 млн грн на будівництво ще трьох підземних шкіл, також планують залучити допомогу держави та міжнародних донорів.

«До 1 вересня ми плануємо відкрити 7 шкіл під землею, ми вимушені це зробити, бо не маємо можливості навчати дітей на поверхні через безпекову ситуацію», — каже харківський міський голова Ігор Терехов.

Порожні квартали та фанерні фасади

Офіси, салони, бутіки, де понад три роки тому кипіло життя, де продавали коштовності, шуби, весільні сукні — здаються в оренду. Оголошення про продаж приміщень — буквально на кожному кроці, хоча ще у 2022 році треба було місяцями стояти в черзі, щоб отримати бажане приміщення.

Чимало й оголошень про продаж квартир навіть на Північній Салтівці, районі, який найбільше постраждав від російських обстрілів. За словами міського голови Ігоря Терехова в мікрорайоні зруйновані або пошкоджені майже 90% багатоповерхівок. Спорожніли цілі квартали, де не побачити жодної людини — чорні від пожеж багатоповерхівки з вирваними стінами, закритими OSB-листами вікнами. Окупаційні війська стояли на окружній дорозі в 500 метрах звідси й били по житлових будинках з танків, артилерії, РСЗВ. Коли у травні 2022 року Збройні сили України відігнали окупантів від Харкова, на Північну Салтівку почали повертатися люди.

В дев'ятиповерхівці, де мешкає пані Ніна Свинар, люди живуть лиш у 15% квартир.

«Ми виїжджали, але два роки тому повернулися. Мені тут краще, хоч і покрівля протікає, і платити за комуналку нічим. В мене боргу 15 тисяч набігло. А за що платити? Я мешкаю на 9 поверсі, на горищі стоїть 9 відер води. Всі шпалери обвалилися, штукатурка. Сусідній будинок гарно відновили, а нам навіть дах не ремонтують. В мене взимку було 16 градусів, бо в сусідів вікон немає, забиті фанерою, воно ж дує!».

Поряд з будинком, де мешкає пані Ніна, відновлена багатоповерхівка з утепленими сті-



нами, пофарбованим фасадом. В першу чергу відновлюють будинки, що постраждали найменше, щоб туди швидше заселилися люди, повідомили в міській раді, глобальну відбудову почнуть пізніше.

Про відновлення Північної Салтівки заговорили ще навесні 2022. Тоді до процесу запросили британського архітектора Нормана Фостера, він оголосив міжнародний конкурс на відбудову кількох районів міста. Є результати — в конкурсі на відновлення Північної Салтівки виграли проекти архітекторів з Британії, Китаю та Туреччини. Вони пропонують енергоефективні будинки, укриття, й зони відпочинку. Однак у місті й досі точаться дискусії — чи варто відновлювати Північну Салтівку зараз, чи почекати до завершення війни. Міський голова Ігор Терехов налаштований не чекати, а почати відбудову вже цього річ.

Тетяна ДОЦЯК
журналістка





ТРИМАЮТЬ СТРІЙ. ЯК ХАРКІВСЬКИЙ ОЦКПХ БОРЕТЬСЯ ЗА ЗДОРОВ'Я ПІД ОБСТРІЛАМИ

Через три роки після початку повномасштабного військового вторгнення Росії в Україну Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб працює майже у звичному режимі. Але за цим «майже» криється дуже багато. Це особисті історії кожного: вимушена евакуація, втрата домівок, поранення та смерть близьких, захист Батьківщини у лавах ЗСУ, волонтерство, благодійність, віддана праця на робочому місці... Це історія колективу, який, попри труднощі та випробування, вистояв, загартувався і в нелегких умовах виконує свої основні завдання й функції у сфері громадського здоров'я.

Робота без перерви: як центр не зупинився ні на день

Третина населених пунктів області у 24 територіальних громадах з 56 існуючих вже до середини березня 2022 року була окупована. Місто Харків та інші населені пункти на лінії зіткнення потерпали від ворожих обстрілів. Працювати безпосередньо на робочих місцях через загрозу життю і здоров'ю було неможливо. Формат віддаленої роботи виник мимоволі й на деякий час залишався основним. Він об'єднував працівників установи, які перебували в різних куточках країни і за кордоном. Водночас на кінець лютого 2022 року 169 осіб з 839 (20%) працювали в штатному режимі. У перші дні війни з числа працівників, що не виїхали, були створені групи оперативного реагування в режимі роботи 24/7 (радіаційного, хімічного, епідеміологічного спостереження і контролю, дезінфекційні бригади).

Моніторинг у підземеллі: як захищали воду, повітря і продукти

Населення масово виїжджало за межі області, а то й країни. Ті люди, що залишились, розміщувались в організованих місцях тимчасового проживання (станції метрополітену, укриття, бомбосховища) або переїжджали у віддалені, більш «спокійні» території області. Людям потрібна була безпечна вода та якісні продукти харчування. А органам влади, органам місцевого самоврядування й суспільству — надійна інформація про стан факторів навколишнього середовища. Тож з перших днів воєнного стану був організований щоденний моніторинг радіаційного фону, результати якого набули особливої значимості для населення, коли були пошкоджені будівлі радіаційно небезпечних об'єктів у Харкові та окупована Запорізька АЕС.

Забруднення атмосферного повітря від численних пожеж стали звичним явищем. Попри це масштабна пожежа, яка сталася у березні 2022 року внаслідок ворожого обстрілу на Харківському ринку «Барабашово», найбільшому ринку Східної Європи, спричинила на декілька днів таке потужне забруднення атмосфери, що перевищення гранично допустимих концентрацій забруднюючих речовин було нами підтверджено навіть за межами міста.

Жити й працювати під обстрілами: переселення до лабораторій

Контроль за безпечністю та якістю питної води став надзвичайно важливим через численні руйнування споруд і мереж централізованого водопостачання та тривалі відключення води. Для того, щоб провести лабораторні дослідження, необхідно було добратися з дому до робочого місця в небезпечних для життя умовах ведення активних бойових дій. Відтак окремі працівники на деякий час «переселились» в будівлі установи, де жили і працювали.

граційні процеси, пошкодження медичної інфраструктури та обмежений доступ населення до якісної медичної допомоги створювали надзвичайні ризики для поширення інфекційних хвороб та виникнення спалахів.

Тож фахівці відділів епідеміологічного нагляду та профілактики інфекційних хвороб продовжували здійснювати епіднагляд за інфекційними та паразитарними хворобами і проводити протиепідемічні заходи там, де було безпечно.

За допомогою всіх доступних на той час засобів зв'язку здійснювався державний облік та реєстрація інфекційної захворюваності, проводився аналіз епідемічної ситуації в регіоні та надавалась інформація до Центру громадського здоров'я МОЗ.

У перші місяці війни будівлі Центру, як і інша інфраструктура населених пунктів, зазнали значних руйнувань. Від прямого влучання ворожої ракети була повністю зруйнована будівля Харківської районної філії. Внаслідок ракетно-артилерійських обстрілів постраждали



Харківська філія працює на деокупованих територіях (28 квітня 2022 року)

Лабораторний та інструментальний контроль за факторами довкілля проводився фахівцями Центру у всіх населених пунктах області, де були розташовані відокремлені структурні підрозділи, зокрема і на тимчасово окупованих територіях: у Вовчанську та Куп'янську, — там, де вціліли будівлі, обладнання та функціонували системи життєзабезпечення.

Епідеміологічний фронт: запобігти спалахам попри все

Бойові дії, активні зовнішні та внутрішні мі-

будівлі в містах Ізюм, Балаклія, Дергачі, Чугуїв. Неодноразово були пошкоджені будівлі головної установи ОЦКПХ в м. Харків, роботи з впорядкування та відновлення якої доводилось щоразу розпочинати спочатку. Разом з будівлями була знищена чи пошкоджена частина лабораторного обладнання, меблів, комп'ютерної техніки. Чверть наявного автопарку (25 транспортних одиниць) знищено або викрадено окупантами. Для потреб ЗСУ в рамках виконання військово-транспортного обов'язку передано вісім одиниць автотранспорту.



Перші на зв'язку: виїзди в деокуповані громади

У вересні 2022 року, коли більшість тимчасово окупованих населених пунктів була звільнена, постало питання їх обстеження для оцінки санітарно-епідемічної ситуації, що склалася, та проведення протиепідемічних заходів. Це завдання ускладнювалось тим, що відокремлені структурні підрозділи на деокупованих територіях спочатку не могли функціонувати: катастрофічно не вистачало фахівців, технічний стан зруйнованих приміщень та відсутність обладнання не дозволяли повноцінно працювати, зокрема й проводити необхідні лабораторні дослідження.

Було сформовано оперативні бригади, які виїжджали в деокуповані громади — попри мінну небезпеку, блокпости й постійний ризик для життя і нерідко у супроводі військових.

На деокупованих територіях особлива увага приділялась питанням водопостачання населенню, каналізування населених пунктів, проведенню дезінфекційних заходів, стану ґрунтів, наданню медичної допомоги населенню, вакцинопрофілактиці керованих інфекцій. У більшості населених пунктів заклади охорони здоров'я були або зруйновані, або не було

цин та проведення щеплень.

Екологічна катастрофа у Немишлі: майже півроку моніторингу

Великим викликом для нашої установи у лютому 2023 року була надзвичайна ситуація, яка виникла після обстрілу нафтобази у Немишлянському районі міста Харкова. Тоді понад 3 тис. тон паливно-мастильних матеріалів витекли на прилеглу територію та в річку Немишля. Найбільша небезпека для здоров'я населення полягала в можливості потрапляння нафтопродуктів до річки Сіверський Донець, яка є джерелом питного водопостачання для низки населених пунктів Донецької області.

Одночасно із заходами, які проводились органами влади та органами місцевого самоврядування для ліквідації забруднення навколишнього середовища (води поверхневих водоем та ґрунту), фахівцями нашої установи у взаємодії з Регіональним офісом водних ресурсів у Харківській області, Державною екологічною інспекцією у Харківській області, НДУ «УкрНДІ екологічних проблем» майже півроку, до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, проводився моніторинг якості води у річках на території Харківської області, зокрема і в річці Сіверський Донець. Досліджувалась вода



Реакція працівників на зруйновану будівлю Харківської філії (28 квітня 2022 року)

медперсоналу. У тісній співпраці з Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації було повністю відновлено моніторинг епідемічної ситуації, вирішення питань доставки необхідних вак-

з підземних водоносних горизонтів для своєчасного виявлення можливого забруднення. Проводились дослідження ґрунту на території забрудненої нафтопродуктами житлової забудови.

Сказ, що прийшов із лісів і руїн: боротьба з епізоотією

Ще одним викликом в роботі Харківського ОЦКПХ став ризик поширення сказу. Епізоотична ситуація набула загрозливого характеру влітку 2023 року через міграцію диких тварин із зон активних бойових дій, відсутність умов для регуляції поголів'я червоної лисиці, неможливість проведення оральної вакцинації диких тварин. Разом з дикими тваринами сказ «прийшов» у населені пункти, де блукали зграї голодних покинутих домашніх тварин.

Збільшилась кількість людей, покусаних бродячими і домашніми тваринами, зокрема і хворими на сказ. Удвічі зросла потреба в антирабічних препаратах та виник їх дефіцит. Нашою установою разом з Обласним антирабічним центром майже щоденно вирішувались питання перенаправлення постраждалих людей в заклади охорони здоров'я, де ще залишались антирабічні препарати, оцінювалась наявність показань для специфічного лікування. Завдяки злагодженій роботі з Головним управлінням Держпродспоживслужби в Харківській області, ефективній взаємодії з місцевими органами влади та органами місцевого самоврядування, проведеним комунікаційним кампаніям вдалося уповільнити стрімкий розвиток епізоотії. Хоча без прикрих летальних випадків не обійшлося...

Мобільна медицина: нові формати допомоги і комунікацій

У 2023 році ми отримали від Міністерства охорони здоров'я України два спеціальні автобуси, які передало представництво ВООЗ в Україні за підтримки Європейського Союзу і почали виїжджати у територіальні громади. На жаль, наразі ми не можемо під час комунікаційних кампаній охопити всі територіальні громади в області з безпечних міркувань. Але робота у громадах проводиться постійно. У тісній співпраці вирішуються проблемні питання середовища життєдіяльності, зростають рівні охоплення вакцинацією дітей та дорослих. За допомогою впровадження заходів на рівні громад, зокрема комунікаційних та адвокаційних, ми намагаємось посилити стійкість громад до потенційних ризиків у сфері громадського здоров'я.

Профілактика попри війну: як вчили харчуванню в метрошколі

Наприкінці 2023 року з проєкту «5 кроків до здорового харчування» розпочався успішний досвід співп-

раці з Департаментами освіти Харківської обласної військової адміністрації та Харківської міської ради, закладами освіти щодо формування у дітей, вчителів та батьків культури здорового харчування. Враховуючи складну безпекову ситуацію в регіоні, напружений навчальний процес, цей проєкт був реалізований у метрошколі — єдиному місці, де діти могли навчатись офлайн, та шляхом поширення в гімназіях та ліцеях відеозапису вебінарів. У 2024 році мапа проєкту значно розширилась на інші райони області. Одночасно проводилась серія вебінарів «Знай про ризик — правда про куріння, яку варто знати».

Щоденний ризик — щоденна робота

Ворожі обстріли у 2023-2024 роках зруйнували будівлі у Великому Бурлуці, Дворічній, Вовчанську, Куп'янську. Ситуація на фронті призвела до необхідності евакуації у 2024 році Вовчанської та Куп'янської філій.

Але попри всі труднощі ОЦКПХ забезпечує виконання своїх функцій. Сьогодні вже 90% працівників повернулись на свої робочі місця з-за кордону та з більш безпечних регіонів України і зараз працюють в штатному режимі. Інколи ми встигаємо вибігати за дві стіни, коли один з численних КАБів чи БПЛА пролітає чи падає занадто близько. Наша відданість професії та почуття відповідальності за майбутнє України дають нам сили виконувати свою місію у сфері громадського здоров'я.



Ізюмська філія. Ліквідація наслідків обстрілів (листопад 2022 року)



Квітень

2 квітня	Всесвітній день розповсюдження інформації про проблему аутизму
7 квітня	Всесвітній день здоров'я Всесвітній день здоров'я відзначають з 1950 року, тоді засновано Всесвітню організацію охорони здоров'я в рамках ООН (ВООЗ). Його мета підкреслити важливість здоров'я кожної людини і людства в цілому.
11 квітня	Всесвітній день боротьби з хворобою Паркінсона
17 квітня	Всесвітній день боротьби з гемофілією
19 квітня	Всесвітній день печінки
24-30 квітня	Всесвітній тиждень імунізації За даними ВООЗ, з 1974 року вакцини врятували 154 мільйони життів — тобто більше 3 мільйонів життів на рік або 6 життів щохвилини.
26 квітня	Міжнародний день пам'яті про чорнобильську катастрофу

Травень

Місяць обізнаності про меланому

Початок сезону гострих кишкових інфекцій (ГКІ)

Початок сезону правця

5 травня	Всесвітній день гігієни рук
6 травня	Всесвітній день боротьби з астмою (перший вівторок травня)
12-16 травня	Європейський тиждень громадського здоров'я Громадське здоров'я — це галузь, спрямована на запобігання захворюванням, промоцію здорового способу життя та збереження безпечного середовища для нинішнього та майбутніх поколінь.
12 травня	Всесвітній день медичної сестри
17 травня	Всесвітній день боротьби з артеріальною гіпертензією
19-26 травня	Європейський тиждень тестування на ВІЛ і вірусні гепатити
19 травня	Всесвітній день сімейного лікаря
25 травня	Всесвітній день щитоподібної залози
30 травня	Всесвітній день боротьби проти астми і алергії
31 травня	Всесвітній день без тютюну

Червень

Місяць обізнаності про ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад — це розлад психічного здоров'я, що виникає як реакція психіки на пережитий травматичний досвід. Це може бути насильство, війна, катування, геноцид чи будь-яка інша подія, що несе загрозу життю чи здоров'ю людини, або її близьким. За даними ВООЗ, у світі близько 70% людей переживали хоча б одну потенційно травматичну подію протягом життя.

Сезон активності плазунів

Сезон посиленого спостереження за холерою

7 червня	Всесвітній день безпеки харчових продуктів
14 червня	Всесвітній день донора крові
20 червня	Всесвітній день біженців

Щохвилини 24 людини залишають рідні місця через війни, переслідування чи страх за своє життя. 80% усіх біженців — це жінки та діти. Від початку повномасштабного російського вторгнення майже 5,6 мільйона українців залишили рідну країну.

