

ЧОРНОБИЛЬ – БІЛЬ УКРАЇНИ

Медико-соціальні аспекти
До 40-річчя з дня аварії на ЧАЕС
Випуск шостий



Вінницька обласна військова адміністрація
Вінницька обласна Рада

Департамент охорони здоров'я та реабілітації
Вінницької обласної військової адміністрації.

Комунальне некомерційне підприємство
«Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів
війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради»

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Чорнобиль – біль України Медико-соціальні аспекти

До 40-річчя з дня аварії на ЧАЕС

Випуск шостий
Вінниця – 2026

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Відповідальні редактори:

Заболотна Н.М. – голова Вінницької обласної військової адміністрації.

Задорожна О.І. – директор Департаменту охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної військової адміністрації.

Петрушенко В.В. – ректор Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, професор.

Голодюк С.М. – директор КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради».

Редактори:

Корзун Т.Б. – медичний директор КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради».

Буткалюк Д.Д. - лікар-методист відділу організаційно-методичного забезпечення та статистики КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради».

Жебель В.М. – д.м.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Редакційна колегія

Д.м.н., професор Лозинський С.Е.

К.м.н., доцент Гуменюк А.Ф.

Осадчук А.В., Люта Т.В., Пастошук О.С.

Технічний редактор

Павлішина Н. С.

ВСТУП

26 квітня Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй визначено як Міжнародний день пам'яті жертв Чорнобильської катастрофи. Це дата, що назавжди закарбувалася в історії людства як символ техногенної трагедії, мужності, самопожертви та професійного подвигу тисяч людей, які стали на захист життя і здоров'я інших.

У 2026 році минає 40 років від часу Чорнобильської катастрофи — події, яка докорінно змінила долі мільйонів людей, вплинула на екологічну, соціальну та медичну ситуацію в Україні і далеко за її межами. Пам'ять про цей біль залишається живою, а досвід ліквідаторів, медичних працівників та всіх, хто долучився до подолання наслідків аварії, є безцінним надбанням для наступних поколінь.

У ці ж дні виповнюється 30 років від часу створення у Вінницькій області спеціалізованого закладу, що здійснює захист та медичний супровід постраждалого населення. Він був утворений шляхом реорганізації обласної лікарні №2, яка, у свою чергу, є правонаступницею закладу системи лікувально-санітарного управління на той час МОЗ УРСР. Таким чином, його витоки сягають глибоких історичних традицій державної медичної служби.

Водночас загальна історія закладу налічує вже 90 років — це шлях становлення, розвитку, професійного зростання та служіння людям у різні історичні періоди, включно з найскладнішими викликами, які випадали на долю країни.

Саме цим трьом визначним датам — 40-річчю Чорнобильської катастрофи, 30-річчю створення спеціалізованого закладу та 90-річчю його історичного шляху — присвячене це видання.

У представленій збірці тез, спогадів і свідчень відображено живу історію людей, які своєю працею, професіоналізмом і відданістю формували та продовжують формувати обличчя закладу. Особливе місце у третій частині видання займає оновлений історичний нарис, що узагальнює шлях розвитку установи та її внесок у справу збереження здоров'я населення.

РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ

40 РОКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО БОЛЮ: ПАМ'ЯТЬ, СТІЙКІСТЬ ТА СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ВІННИЧЧИНИ

Заболотна Н. М.

Голова Вінницької обласної військової адміністрації

Весна 1986 року мала пахнути цвітом садів і надією. Вона мала бути про життя. Натомість стала про втрату. Про страх, який не має кольору й запаху. Про тишу, що кричить голосніше за будь-які слова.

Чорнобиль розділив історію на «до» і «після». І цей розлам проходить не лише крізь десятиліття - він проходить крізь людські долі, пам'ять поколінь та саму тканину нашої нації.

Минуло сорок років. Але час не має влади над такими ранами. Вони не гояться, вони вчать. Вони нагадують. Вони тримають нас у реальності.

Для мене Чорнобиль - це не архів і не статистика, а обличчя, очі, долі. Вінничани, які без вагань пішли туди, де навіть повітря було ворогом. А також матері, які так і не дочекалися синів. Це покинуті домівки, вікна яких досі дивляться в порожнечу та тиша міст, які назавжди покинуло життя.

Світ назвав це катастрофою. Ми ж назвали це болем. І водночас - відповідальністю. Україна першою прийняла на себе цей удар і першою показала, що таке жертовність заради інших. Що таке солідарність не на словах, а в дії.

Ми вірили, що Чорнобиль залишиться в минулому - за бетонними стінами, під сталевим укриттям, як застереження для людства. Але лютий 2022 року знову оголив цю рану.

Коли російські окупанти зайшли на територію Чорнобильської АЕС, світ знову опинився на межі. Це був не просто акт агресії - це було свідоме загравання з катастрофою. З життям. З майбутнім.

Кадри з «Рудого лісу», де окупанти рили окопи, стали символом безвідповідальності, що межує з безумством. Це було знецінення життя — як чужого, так і власного.

У ті дні ми всі подумки були там: із працівниками станції, які під прицілами тримали безпеку світу; із військовими, які опинилися в полоні; з кожним, кому знову довелося відчувати тінь цієї трагедії.

Наша область є домом для понад 14 тисяч людей, чиє життя змінив Чорнобиль. За кожною цифрою своя історія.

Особлива шана - ліквідаторам. Тим, хто пішов у невидиме полум'я, не думаючи про себе. На Вінниччині їх сьогодні 3 569. Майже половина з них щодня бореться з наслідками тієї катастрофи. Вони врятували світ ціною

власного здоров'я. І наш обов'язок - не просто пам'ятати. Наш обов'язок - бути гідними.

Сьогодні багатьох героїв уже немає поруч, це 1679 родин, які втратили найдорожчих – чоловіків і дружин. Але їхній вибір залишився з нами. У нашій пам'яті. У нашій відповідальності. У нашому майбутньому.

Чорнобиль навчив нас цінувати життя в його найпростішому і найглибшому сенсі - як дар і як відповідальність.

Нехай полинова гіркота відступить. Нехай на місці болю проростає життя. Нехай тиша стане не порожнечою, а спокоєм.

Я звертаюся до кожного, хто пройшов через Чорнобиль: ви - наша совість. Ви - наша сила. Ви - наша правда.

Пам'ятаємо минуле - захищаємо майбутнє.

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ярмоленко С.А.

*Директор Департаменту соціальної та молодіжної політики
Вінницької обласної військової адміністрації*

26 квітня 1986 року стало днем, який назавжди змінив хід історії не лише України, а й усього світу. Саме цієї ночі сталася найбільша техногенна катастрофа в історії людства - аварія на Чорнобильській атомній електростанції. Чорнобильська катастрофа стала символом глобальної небезпеки, яку може нести неконтрольована енергія атома.

Під час проведення експерименту на четвертому енергоблоці сталися два потужні вибухи, що спричинили руйнування реактора та масштабну пожежу. У довкілля було викинуто значну кількість радіоактивних речовин, які поширилися далеко за межі України, охопивши значні території Європи.

Ця трагедія стала випробуванням для мільйонів людей, змінила долі цілих поколінь, залишивши глибокий слід у національній пам'яті.

Чорнобиль - це не лише про катастрофу. Це також про героїзм ліквідаторів, які стали на захист людства, ризикуючи власним здоров'ям і життям, щоб локалізувати наслідки аварії. Їхній подвиг назавжди залишиться прикладом самопожертви та відповідальності.

З перших років після катастрофи держава взяла на себе відповідальність за соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок аварії.

Для забезпечення соціального захисту постраждалих було прийнято Закон України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи". У ньому визначено основні засади реалізації права постраждалих на охорону здоров'я та життя, а також

запроваджено єдиний порядок встановлення статусу постраждалого. На основі цього Закону розроблено відповідні підзаконні акти, що регламентують надання допомоги.

У Вінницькій області соціальну підтримку отримують 14 213 громадян, постраждалих внаслідок катастрофи. Порівняно з відповідним періодом 2021 року їхня чисельність зменшилася на 3 107 осіб.

До постраждалих належать такі категорії:

- 3 569 учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, з яких 1 461 мають інвалідність, пов'язану з катастрофою;

- 8 687 осіб, що постраждали від аварії, включаючи 1 982 громадян із встановленим причинним зв'язком інвалідності з катастрофою та 2 467 потерпілих дітей;

- 50 осіб, які брали участь у ліквідації інших ядерних аварій, випробувань чи навчань із використанням ядерної зброї;

- 1 679 членів родин загиблих через наслідки катастрофи.

Закон також визначає перелік категорій постраждалих громадян для надання їм пільг і компенсацій: ліквідаторів наслідків аварії, осіб, які отримали радіаційне опромінення, і дітей.

Станом на 1 січня 2026 року на обліку для отримання безплатних санаторно-курортних путівок перебувають 656 осіб. Також зафіксовано 83 заяви на виплату грошової компенсації.

Реалізуючи постанову Кабінету Міністрів України від 11 липня 2018 року №551, затверджено Положення та склад комісії для визначення статусу осіб, постраждалих від Чорнобильської катастрофи та інших ядерних подій.

За період з 2022 по 2026 рік проведено 51 засідання обласної комісії, яка розглянула 1 340 справ – у результаті статус було надано 1 271 громадянину. Крім того, діє спеціальна комісія, яка розглядає дані про заробітну плату працівників у зоні відчуження за період із 1986 по 1990 рік. Протягом 2025 року було проведено одне засідання цієї комісії, за результатами якого видано одну довідку для перерахунку пенсії. Чорнобильська катастрофа досі залишається однією з найгостріших соціальних та екологічних проблем сучасності, яка потребує системної уваги та спільних зусиль держави і

На регіональному рівні робота із вшанування пам'яті та підтримки постраждалих категорій є важливою складовою соціальної політики.

Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування забезпечують:

- реалізацію державних програм соціального захисту постраждалих осіб;
- надання адресної допомоги ліквідаторам, постраждалим та членам їхніх сімей;
- організацію медичного обслуговування та оздоровлення;

– проведення заходів до роковин катастрофи, зокрема пам'ятних зустрічей, покладання квітів, тематичних заходів у громадах.

Особлива увага приділяється підтримці вдів ліквідаторів, осіб з інвалідністю та людей похилого віку, які потребують постійної уваги та турботи.

Крім того, Департаментом соціальної та молодіжної політики обласної військової адміністрації проводяться зустрічі з представниками територіальних громад, медичних установ, пенсійного фонду, інших профільних організацій та активом громадських чорнобильських організацій з метою обговорення проблем соціально-побутового забезпечення постраждалих громадян, визначення статусу та вирішення інших важливих питань.

На основі результатів таких зустрічей цього року було підготовлено пропозиції до Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України та Кабінету Міністрів України, щодо внесення змін до чинного законодавства для посилення соціального захисту чорнобильців. Зокрема, запропоновано врахувати випадки недостатнього виконання соціальних гарантій і прав постраждалих осіб, передбачених Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». Важливо зауважити, що із 2014 року припинено дію державної програми «Забезпечення житлом громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». Це суттєво порушує права окремих категорій постраждалих осіб, які потребують покращення житлових умов завдяки фінансуванню з державного бюджету.

Система компенсацій та виплат допомог постраждалим базується на нормативно-правових актах, які потребують оновлення через тривалу незмінність розмірів допомог.

Загальна ситуація свідчить про нагальну потребу кардинального перегляду підходів до соціального захисту чорнобильців для його ефективного вдосконалення.

Водночас варто усвідомлювати, що соціальні проблеми тісно пов'язані з економічними, екологічними та гуманітарними питаннями. Тільки комплексний підхід здатний забезпечити досягнення поставлених цілей. Рішення мають прийматися поетапно й виважено, з урахуванням думки громадськості та експертів. Наступність у політиці держави й чітке стратегічне бачення є ключем до ефективного вирішення проблем, пов'язаних із подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи.

Минуло вже 40 років, але Чорнобиль залишається не лише сторінкою історії - це постійне нагадування про ціну помилок і про цінність людського життя.

Наш обов'язок - не лише пам'ятати, а й діяти: забезпечувати гідний рівень життя постраждалим, підтримувати ліквідаторів та їхні родини, виховувати молоде покоління у дусі відповідальності та поваги до історії.

Чорнобиль - це біль, який об'єднав. І пам'ять, яка формує наше майбутнє.

40 РОКІВ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЯ: ДОВГОСТРОКОВІ МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ТА РОЛЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я ПОСТТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Голодюк С. М.

Директор КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради»

26 квітня 1986 року аварія на Чорнобильській атомній електростанції стала найбільшою техногенною катастрофою сучасності, наслідки якої мають довготривалий медичний, соціальний та демографічний вплив. Радіоактивного ураження зазнали значні території України, а сотні тисяч ліквідаторів та мільйони мешканців забруднених територій опинилися під впливом іонізуючого випромінювання. У ліквідації аварії та її наслідків брали участь 340 тис. чоловік. На забруднених територіях, поділених на 4 зони, мешкало близько 2 млн. 330 тис. чоловік, із них: 1,8 млн. дорослих потерпілих і 580 тис. дітей у віці до 18 років. Забрудненою радіоактивними речовинами водою Дніпра користувалось на той час понад 35 млн. жителів України.

Вибух IV блоку ЧАЕС призвів до викиду у навколишнє середовище з активної зони реактора близько 300 МКі (11·10¹⁸ Бк) радіоактивних речовин, що привело до забруднення 50 500 км² території України, де в 2218 населених пунктах проживали понад 2,4 млн. осіб. Найбільшого радіоактивного забруднення зазнала центральна частина України.

З метою системного медичного спостереження за постраждалим контингентом у регіонах України було створено спеціалізовані медичні заклади. У Вінницькій області таким закладом став диспансер радіаційного захисту населення, правонаступником якого є КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення».

Відповідно до статутних повноважень, заклад здійснює медичну практику з надання спеціалізованої медичної, паліативної, реабілітаційної допомоги, зокрема ветеранам війни (учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни, учасникам війни), особам, які постраждали внаслідок

Чорнобильської катастрофи, інших ядерних аварій та випробувань, військових навчань із застосуванням ядерної зброї, особам які займаються фізичною культурою та спортом, а також іншим, в тому числі дітям.

Окрім того, згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 12 грудня 2025 року №1650 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 4 жовтня 1996 року № 1218» заклад залишається єдиним в області спеціалізованим закладом охорони здоров'я, що забезпечує лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

В рамках вище вказаних повноважень, заклад виконує функцію з організації проведення щорічних медичних оглядів осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи та передачу даних до ДП “Український центр інформаційних технологій та Національного реєстру” МОЗ України для включення визначених категорій до Національного реєстру постраждалих (далі – Реєстр).

На момент створення, Реєстр включав дані на 264 817 осіб (1987 р.), за 10 років (1996 р.) доповнився до 2 846 445 осіб. Та з кожним десятиліттям кількість осіб неухильно знижувалась і станом на 1 січня 2026 року Національний реєстр постраждалих налічує – 1 685 221 осіб, 1 група первинного обліку 154026, 2 група- 37307 осіб, 3 група- 1066718 чол., 4 група обліку- 386951, внуки - 40219.

Протягом 40 років заклад забезпечує ведення регіонального сегмента Національного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

За оперативними даними на обліку в медичних установах, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної військової адміністрації, перебуває 51810 постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Виявлено 88208 захворювань у дорослих постраждалих, 6272 захворювання у дитячого населення. Таким чином, загальна захворюваність дорослого населення складає 18426,8 на 10 тис. населення, дитячого – 14069,1 на 10 тис. населення.

У дорослого постраждалого населення в загальній захворюваності переважає патологія системи кровообігу – 37,6%, патологія системи дихання – 12,64%, патологія системи травлення – 12,3%, ендокринна патологія 10%. В первинній захворюваності I місце займають захворювання органів дихання - 43,9%. системи кровообігу – 39,8%, III місце - 9% захворювання кістково-м'язової системи. Смертність дорослого постраждалого від аварії на ЧАЕС населення 100,5 на 10 тис. населення. На I місці серед причин смерті залишаються хвороби системи кровообігу 78,5%.

Нами опрацьована та надана до Національного Реєстру України інформація за 2025 р по активному спостереженню за здоров'ям 46058 осіб. Архівна база містить інформацію про 135 616 осіб, які постраждали від аварії на ЧАЕС.

Водночас, у сучасних умовах, Реєстр не повною мірою відповідає актуальним потребам системи охорони здоров'я, оскільки не має можливості в повному обсязі акумулювати уніфіковану, актуальну та достовірну інформацію з усіх територіальних громад щодо стану здоров'я цієї пільгової категорії населення. Декларування з сімейним лікарем в приватних медичних структурах, передекларування від лікаря до лікаря, перерозподіл населених пунктів по різних районах, переформування амбулаторій, міграція населення значно ускладнили облік та спостереження за постраждалим контингентом.

Цей факт суттєво ускладнює проведення повноцінного аналізу, зокрема, структури захворюваності, частоти та причин звернень, динаміки хронічних станів, маршрутів пацієнтів, потреб у медичних, реабілітаційних і паліативних послугах, реального навантаження на спеціалізовані заклади. Реєстр потребує модернізації та синхронізації з електронною системою охорони здоров'я, що оптимізує роботу на всіх рівнях і буде відповідати вимогам часу.

Через чотири десятиліття після трагедії, незважаючи на труднощі і перепони, медична спільнота продовжує виконувати відповідальну місію — збереження здоров'я людей, які зазнали впливу радіації.

Проблема збереження здоров'я постраждалого населення залишається надзвичайно актуальною, оскільки радіаційний вплив сприяв формуванню хронічної поліорганної патології, зростанню рівня інвалідності та зниженню якості життя.

Практичне відображення зазначених викликів простежується у щоденній роботі нашої лікарні, що дозволяє проаналізувати ситуацію через конкретні статистичні показники та клінічний досвід.

Діяльність закладу повністю детермінована стандартами третинного рівня надання медичної допомоги, що забезпечує пацієнтам доступ до високоспеціалізованої діагностики та комплексного лікування. Консультативний прийом базується на мультидисциплінарному підході за участю широкого кола фахівців: хірурга, офтальмолога, отоларинголога, ортопеда-травматолога, психолога, гастроентеролога, ендокринолога, кардіолога, гематолога, невролога, уролога, дерматовенеролога, алерголога, акушер-гінеколога та лікаря спортивної медицини. Тісна взаємодія клініцистів із лікарями функціональної діагностики та ендоскопістами дозволяє оперативно верифікувати діагнози та коригувати терапевтичні стратегії.

В консультативній поліклініці за зазначений період здійснено 23983 відвідувань постраждалими. Найбільша кількість відвідувань припадала на функціональні – 2528 та ультразвукові дослідження - 2975, а серед консультацій лікарів: гастроентеролог – 2061, кардіолог – 1816, уролог – 1797, офтальмолог – 1763, ендокринолог – 1077, хірург – 1074.

Діагностична потужність установи представлена розширеним спектром інструментальних методів. Кабінет функціональної діагностики здійснює близько 18 тис. досліджень щорічно, включаючи 3-х та 12-канальне холтеровське монітування ЕКГ і АТ (зокрема з оцінкою апное), велоергометрію, спірометрію з бронхолітичними тестами, електроенцефалографію та комплекс реографічних досліджень судин кінцівок, голови та хребетних артерій. Рентгенологічний сегмент забезпечує візуалізацію скелета та внутрішніх органів у різних проекціях, охоплюючи череп, хребет із функціональними пробами, суглоби та стопи з навантаженням, а також панорамну зйомку зубів. Ультразвукова діагностика охоплює сонографію органів черевної та грудної порожнин, серця, ендокринних залоз, суглобів та м'яких тканин. Ендоскопічний блок представлений відеовізуалізацією шлунково-кишкового тракту (езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія) та дихальних шляхів (бронхоскопія). Клініко-діагностична лабораторія забезпечує повний цикл гематологічних, біохімічних та мікробіологічних аналізів.

Окремим пріоритетом діяльності є підготовка до реалізації державних соціальних гарантій згідно з Постановою Кабінету Міністрів України №156 від 11 лютого 2025 року (зі змінами) «Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян». Згідно з цією постановою, з 2026 року в закладі стартує програма надання безоплатної стоматологічної допомоги та зубопротезування для ліквідаторів та потерпілих I категорії внаслідок Чорнобильської катастрофи. Програма передбачає комплексний підхід до санації ротової порожнини та проведення зубопротезування з використанням традиційних конструкційних матеріалів, що дозволить суттєво покращити якість життя цієї пріоритетної категорії населення.

Стаціонарна допомога закладу реалізується на базі чотирьох профільних відділень: терапевтичного, неврологічного, хірургічного, а також відділення фізичної та реабілітаційної медицини. Це дозволяє забезпечити безперервність лікувального процесу — від консервативної та оперативної терапії до повноцінного відновлення пацієнтів.

Протягом 2021–2025 років у стаціонарних відділеннях закладу проліковано 4544 постраждалих від аварії на ЧАЕС, з них у терапевтичному відділенні – 3067, у неврологічному – 1241, у хірургічному – 128, у відділення

фізичної та реабілітаційної медицини - 108. Щорічно стаціонарну допомогу отримували в середньому 908 пацієнтів. Пріоритет госпіталізації в стаціонарні відділення завжди був за ліквідаторами наслідків аварії на ЧАЕС, особливо I категорії.

Множинні екзогенні (радіаційні, хімічні, психогенні) і ендогенні (токсичні, імунні, гормональні, судинні, нейрогенні) фактори призвели до утворення складної сукупної патології, що утруднює лікування.

Таблиця. Показники захворюваності серед постраждалих від Чорнобильської катастрофи за основними нозологічними групами 2021–2025 роках

Найменування класів та окремих хвороб	Шифр відповідно до МКХ-10	Рік				
		2021	2022	2023	2024	2025
Новоутворення	C00-D48	44	34	51	118	49
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму	D50-D89	6	7	3	7	3
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	E00-E90	29	109	108	68	43
Хвороби нервової системи	G00-G99	1278	1364	2031	2418	1984
Хвороби системи кровообігу	I00-I99	843	1024	1312	1206	1190
Хвороби органів дихання	J00-J99	480	134	99	104	90
Хвороби органів травлення	K00-K93	388	790	768	462	386
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	L00-L99	12	9	1	11	3
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	M00-M99	183	247	265	255	163
Хвороби сечостатевої системи	N00-N99	17	11	10	29	31

У структурі захворюваності серед осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, п'ятірка провідних нозологій — хвороби нервової системи, системи кровообігу, органів травлення, кістково-м'язової системи та органів дихання — має спільний патогенетичний зв'язок із віддаленими наслідками радіаційного впливу та тривалими психоемоційними навантаженнями.

Радіаційне опромінення навіть у відносно малих дозах може спричиняти довготривалі зміни у нервовій регуляції, судинному тонусі, імунній системі та обмінних процесах. Це створює підґрунтя для розвитку неврологічних розладів, прискореного прогресування серцево-судинної патології, порушень травлення та дегенеративних змін опорно-рухового апарату. Одночасно хронічний стрес, пов'язаний з участю в ліквідації наслідків аварії, переселенням, соціально-економічними труднощами та тривалим переживанням ризику для здоров'я, підсилює соматичні прояви та сприяє хронізації процесів.

Крім того, значна частина постраждалих нині перебуває у старших вікових групах, що обумовлює поєднання вікових змін із радіаційно-індукованими порушеннями. У результаті формується комплексна багатосистемна патологія, де зазначені п'ять нозологічних груп відображають не окремі ізольовані захворювання, а взаємопов'язані прояви довготривалого впливу радіаційного, психоемоційного та соціального чинників.

Отже, структура захворюваності серед постраждалих від Чорнобильської катастрофи свідчить про переважання хронічних неінфекційних хвороб із системним характером ураження, що є наслідком комплексного впливу радіації, стресу та вікових змін організму.

Таким чином, через 40 років після аварії на ЧАЕС постраждале населення залишається групою підвищеного медичного ризику з високим рівнем хронічної захворюваності та потребою у постійному медичному супроводі.

Збереження спеціалізованої системи допомоги постраждалим є не лише складовою охорони здоров'я, а й проявом державної відповідальності та історичної пам'яті. Регіональний досвід підтверджує: навіть через десятиліття після катастрофи потреба у комплексному медичному нагляді залишається актуальною, а системна робота є запорукою мінімізації довгострокових наслідків Чорнобильської катастрофи та підвищення якості життя постраждалих.

МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Голодюк С.М., Осадчук А.В., Буткалюк Д.Д.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Незважаючи на проблеми сьогодення, медичні послуги пацієнтам, які постраждали від аварії на ЧАЕС, продовжують надаватися в закладі в повному обсязі на загальних засадах. Перевагою є наявність в центрі бази персональних даних пацієнтів, амбулаторних карт і іншої інформації. Лікарі центру

підготовлені з питань радіаційної медицини, звичні до лікування пацієнтів з поліморбідною патологією, яка домінує у цього контингенту.

За оперативними даними в 2026 році соціальна підтримка надається понад 14 тис. постраждалим особам внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, які проживають на території Вінницької області, серед них:

- 3 569 учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, у тому числі, 1 212 особам з інвалідністю, пов'язаною з Чорнобильською катастрофою;

- 8 687 потерпілим від аварії на Чорнобильській АЕС, у тому числі, 1 982 осіб, яким встановлено причинний зв'язок інвалідності з Чорнобильською катастрофою та 2 067 потерпілим дітям;

- 50 особам з числа громадян, які брали участь у ліквідації інших ядерних аварій та катастроф, у ядерних випробуваннях, у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, у складанні ядерних зарядів та здійсненні на них регламентних робіт;

- 1 679 дружинам (чоловікам) померлих громадян, смерть яких пов'язана з наслідками Чорнобильської катастрофи.

На обліку в медичних закладах, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної військової адміністрації перебуває 50 594 постраждалих.

Медичними оглядами охоплено 42 594 постраждалих – 84.1%.

За результатами оглядів визнано здоровими 2 957 осіб (96,9%). Визнано інвалідами вперше 25 постраждалих.

Лікуванню підлягали із числа оглянутих 39 637 осіб (93,0%), проліковано 39 456 (94,5%), з них 100 – в реабілітаційних центрах.

Особливості організації медичної допомоги в сучасних умовах:

- надається за пакетами гарантованої медичної допомоги на загальних засадах;

- всі заходи організаційного забезпечення та фінансування покладено на місцеве самоврядування;

- адміністративна реформа внесла зміни в територіальну структуру лікувальних закладів.

Аналіз поточної ситуації свідчить про те, що система медичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС у Вінницькій області перебуває у стані адаптивної стабільності. Попри радикальні зміни в адмініструванні та фінансуванні галузі, вдалося зберегти ключові елементи підтримки цієї вразливої категорії населення.

ЕПІДЕМІЯ COVID 19 БУЛА НОВИМ ВИКЛИКОМ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС

**Жебель В. М., Голодюк С. М., Корзун Т. Б., Люта Т.В., Старжинська О. Л.,
Лозинський С. Е., Франчук С. В.**

*КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР», кафедра внутрішньої медицини медичного
факультету №2 Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова*

Медичній спільноті добре відомі наслідки захворювання Covid 19. Одним з найтяжчих було ураження дихальної системи та мікроциркуляційні порушення у всіх органах і системах. Досить велика частка рековалесцентів потребувала довготривалої кисневої терапії. Особливої уваги потребували особи історією попередніх поліморбінних захворювань. До цієї когорти серед осіб середнього і похилого віку, в першу чергу, відносились постраждалі від аварії на ЧАЕС. Адже, у більшості пацієнтів, які з 1995 року знаходились на диспансерному обліку у КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР» за правило спостерігався саме такий стан здоров'я. Останнє стало однією з причин того що терапевтичне, реабілітаційне та неврологічне відділення Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної ради були переорієнтовані на надання допомоги пацієнтам, які перенесли COVID-19 та потребували подальшого лікування або реабілітації у стаціонарних умовах. Значну частку (близько 1700 осіб) з пролікованих у період 2020-2022 років склали постраждалі від аварії на ЧАЕС, які проходили лікування у терапевтичному відділенні лікарні

Лікувальні та реабілітаційні заходи здійснювали відповідно до розробленого локального протоколу, який базувався на доступних наукових даних та нормативних документах МОЗ України, NICE, UK, CDC, USA, рекомендаціях ВООЗ, у міру їх появи, з урахуванням можливостей закладу та індивідуальних особливостей і потреб пацієнтів. До створення та постійного оновлення локальних рекомендацій активно долучилися співробітники кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Роботу з такими хворими здійснювали фахівці створеної мультидисциплінарної команди. Напрацювання фахівців КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР» і кафедри внутрішньої медицини медичного факультету № 2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова були враховані при створенні національного Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам (2021).

У даний час, співробітники лікарні, терапевтичного відділення та кафедри внутрішньої медицини медичного факультету № 2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова мають нові виклики у зв'язку з повномасштабною російською війною проти України. Досвід отриманий у організації надання медичної допомоги у перші роки ковідної пандемії є суттєвою допомогою у лікуванні пацієнтів у сьогодення.

ЗОНА ВІДЧУЖЕННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН

**Яковишена Л. О., викладач фізики, доктор філософії, Куліковська Д.,
Куліковська В., Мельник М., Сапіга В.**

студенти II курсу фельдшерського відділення

Циклова комісія загальноосвітніх дисциплін

Вінницький фаховий медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного

Між Чорнобильською аварією і сьогоденням пролягло чотири десятиліття. Час достатній для якої-такої історичної дистанції, щоб осмислити подію. Водночас наслідки тієї катастрофи такі, що їх вистачить ще не на одне покоління. Такий Чорнобиль – водночас психологічна травма і незагоєна рана.

Вибухи зруйнували реактор, після чого в атмосфері утворилася хмара радіоактивного пилу. Поки радіація ширилася країнами Європи, в Україні лише 27 квітня оголосили так звану «тимчасову» евакуацію у місті Прип'ять, яке розташоване за 3 км від ЧАЕС. Майже всі жителі, а це близько 45 тисяч змушені були залишити свої домівки. До кінця 1986 року зі 188 населених пунктів евакуювали близько 116 тисяч людей. Внаслідок аварії стався викид радіоактивних речовин, зокрема ізотопів урану, плутонію, йоду-131 (період напіврозпаду 8 днів), цезію-134 (період напіврозпаду 2 роки), цезію-137 (період напіврозпаду 30 років), стронцію-90 (період напіврозпаду 29 років). Після вибуху ці речовини сильно вплинули на тварин. Вони народжувались з різними мутаціями та патологіями.

У перші два дні після аварії на Чорнобильській АЕС здійснювали евакуацію лише із 10-кілометрової зони. Але, через півтори доби після вибуху на станції вивезли мешканців міста Прип'ять. А з 30-кілометрової зони перші п'ять днів після аварії людей не лише не вивозили – населення й не попереджали про загрозу радіації.

Унаслідок аварії місцевість поблизу електростанції стала радіаційно небезпечною зоною. Після евакуації населення із 30-кілометрової зони навколо станції створили Чорнобильську зону відчуження.

Загалом в Україні радіоактивно забрудненими стали 2 293 населені пункти із населенням приблизно 2,6 мільйона осіб. Дія радіації поширилася на

200 тисяч квадратних кілометрів, із них 52 – сільськогосподарські землі. Постраждали населені пункти та навколишнє середовище. Значного забруднення внаслідок вибуху на ЧАЕС та через викид радіації зазнали ліси, річки та озера поблизу станції. Аби зберегти флору та фауну навколо станції, де, зокрема, перебувають об'єкти Червоної книги, створили Чорнобильський радіаційно-екологічний біосферний заповідник.

Чи є чіткий радіус Зони? Зона відчуження – це закрита для відвідування територія, яка після аварії на ЧАЕС постраждала найбільше внаслідок забруднення радіонуклідами (радіоактивними частинками) площею близько 2,6 тис. квадратних кілометрів – це утричі більше, ніж площа Києва. Через погодні умови та напрямок вітру після аварії радіоактивне забруднення розподілилося по Зоні нерівномірно (плямами). Тож у Зоні є ділянки з незначним випромінюванням, на яких відносно безпечно перебувати. Проте, незахищене перебування у більшій частині Зони все ще несе ризики отримання небезпечної дози опромінення.

У 1986 році всіх жителів навколишніх населених пунктів вивезли за межі Зони. Хоча дехто все ж повернувся, незважаючи на те, що це заборонено Законом України «Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи».

У Зоні відчуження на різних об'єктах працює близько 10 тисяч людей – це персонал Державного агентства з управління Зоною відчуження.

З відсутністю людей на великій території в Зоні почала відновлюватися природа. Російські війська захопили ЧАЕС у перший день вторгнення 24 лютого, зайшовши зі сторони Білорусії. Солдати ворога окопували та облаштували блокпости у Чорнобильській зоні відчуження, зокрема і у «Рудому лісі».

Український прапор замайорів над ЧАЕС 2 квітня, коли звільнили усю Київську область. Рівень радіації, який підняли окупанти з пилом, з окопами в «Рудому лісі», стабілізувалися ще до середини 2022.

За словами науковців, дощі минулого літа та весни змили усі ці радіонукліди назад ґрунт. Тому радіаційної небезпеки немає.

Водночас, частина території подалі від основних туристичних ділянок, залишається замінованою задля безпеки України. Велика кількість залишених та розставлених загарбниками боєприпасів (мін, розтяжок та ін.) регулярно спрацьовує через диких тварин. Як наслідок, тварини гинуть чи отримують поранення. Крім того, замінованість територій є додатковим чинником виникнення пожеж.

**ДЕНЬ ПАМ'ЯТІ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ ТРАГЕДІЇ.
У ЧОМУ НЕБЕЗПЕКА РАДІАЦІЇ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ
Олевінська В.М., Клибанівський. В.В., Стрільчук Л.М.
КНП «ЦПМСД №2 м. Вінниці»**

26 квітня 1986 року – день найбільшої в історії людства техногенної катастрофи – аварії на Чорнобильській атомній електростанції.

Аварія на Чорнобильській АЕС назавжди змінила життя мільйонів українців, залишила слід у долі цілих поколінь і нагадує, якою високою може бути ціна

Скільки людей постраждало внаслідок катастрофи?

У чому небезпека радіації для здоров'я людини? Радіація може впливати на організм людини на клітинному рівні. Так, вона може призводити як до загибелі, так і до модифікації клітин, у тому числі через пошкодження клітинної ДНК. Ураження великої кількості клітин може призвести до дисфункції пошкодженого органу або навіть смерті.

За різними даними, в 1986–1987 роках у дезактивації території АЕС та прилеглої місцевості були задіяні від 200 000 до 900 000 людей. Загальну кількість евакуйованих із забруднених територій також оцінюють по-різному — від 135 000 до 350 000.

Середня ефективна доза зовнішнього опромінення учасників ліквідації наслідків аварії, за даними Національного наукового центру радіаційної медицини, в 1986–1987 роках складала 163,7 мЗв, а в 1988–1989-х — 45,8 мЗв. Мешканці Прип'яті під час евакуації отримали дози 11–19 мЗв. Погіршення здоров'я як у ліквідаторів, так і потерпілих від наслідків аварії і донині реєструють за всіма класами хвороб. За даними Центру медичної статистики, загальна смертність потерпілих унаслідок аварії зростає майже вдвічі — з 9,3 у 1990 році до 17,30 у 2019-му.

За інформацією ДЗ «Центр Медичної Статистики МОЗ України на території України у період, що передував початку війни, розпочатої країною агресором проти України 24 лютого 2022 р. під диспансерним наглядом закладів охорони здоров'я управління МОЗ України перебувало 2011779 осіб, потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, що складало 4,69% від загальної чисельності населення України.

В структурі потерпілого населення держави, внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС діти 0 -17 років включно склали 453391 осіб, або 22,5%; дорослі віком 18 років і старші – 1558388 осіб, або 77,5%.

За результатами щорічної диспансеризації, у передвоєнний період (до 24.02.2022 р), на обліку в Державному реєстрі України перебувало **2 349164** постраждалих від аварії на ЧАЕС, з них:

- учасників ліквідації наслідків аварії – 315502 осіб;
- евакуйованих – 80821;
- проживають на радіоактивно-забруднених територіях -1529363,
- на момент аварії були дітьми – 298205,
- діти народжені від постраждалих батьків – 423478, у тому числі 125 273 до 14 років.

За чотири роки після початку повномасштабного вторгнення військ агресора в Україну чисельність контингенту потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС в Україні зменшилось на 183966 осіб, в т. числі ліквідаторів – на 35 017 осіб, евакуйованих – на 4 244 осіб, проживаючих на територіях радіоекологічного контролю – на 114 628 осіб. Суттєву роль в цих показниках відіграла міграція населення за кордон через активні бойові дії та обстріли мирних населених пунктів російськими агресорами

У статеві-віковій структурі постраждалих внаслідок наслідків аварії на ЧАЕС на кінець 2025 р. серед чоловіків і жінок домінувала особи вікової групи 60-64 років включно, відповідно 9,74% і 7,75%. За наявною інформацією в м. Вінниці на кінець 2025 р, перебувало понад 2 тисячі осіб, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС. Ліквідатори – 1 147 осіб; потерпілі – 556 осіб. По району діяльності КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці» всього 304 особи.

Кількість задекларованого населення, по району обслуговування лікувального закладу, віднесеного до категорії постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, за 2023-2025 роки (368; 313; 304 особи відповідно, в тому числі дітей: 51; 33; 27 осіб). Очевидно що чисельність населення постраждалого від наслідків аварії на ЧАЕС впродовж останніх вказаних років по району рбслуговування КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці» залишається практично на одному рівні.

Потребували лікування з вказаних громадян у 2023 р. – 98,2%, 2024 р. – 98,4%, в 2025 році – 96,15%. Згідно даних ІАВ закладу показник по КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці повноти охопленням профілактичними оглядами за останні три роки, для задекларованих дорослих склав 100 % , для дітей – 100 %.

Кількість хворих, виявлених за останні роки, серед ліквідаторів мешкаючих по району обслуговування лікувального закладу – 98,3%; серед евакуйованих – 96,2%; осіб, які народились від батьків 1-3 групи первинного обліку – 72,3%.

З переліку осіб, віднесених до категорії, постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, за останні три роки проліковано 100%. В основному лікувались амбулаторно – 90,6% хворих, у стаціонарі – 21,08%, у санаторно-курортних закладах – 5,2%.

Стан здоров'я потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Аналізуючи статистичні дані, що характеризують стан здоров'я серед дорослого потерпілого населення, можна відмітити поступове його погіршення. Поширеність захворювань за період 2022-2025 років у цілому зросла на 1,62%

Серед окремих класів хвороб за вказаний період серед дорослого потерпілого контингенту внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС по району обслуговування КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці» відмічено повільне зростання поширеності новоутворень, серцево-судинних захворювань випадки хвороб крові та кровотворних органів, хвороб ендокринної системи, хвороб ока та придаткового апарату, хвороб органів травлення. Серед уроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень спостерігались окремі випадки уроджених аномалій системи кровообігу, органів травлення, сечових органів.

В структурі поширеності хвороб дорослого контингенту на *1 місці* – хвороби системи кровообігу (35,5%), на *2 місці* – хвороби органів травлення (13,7%), на *3 місці* – хвороби органів дихання (11,71%).

Незважаючи на зниження первинної інвалідності внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС за останні 5 років, що передували розширенню воєнних дій було відмічено зростання інвалідності внаслідок новоутворень, у тому числі злякисних.

Поширеність деяких інфекційних та паразитарних хвороб, розладів психіки та поведінки, хвороб нервової системи, вуха та соскоподібного відростка, органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, сечостатевої системи та травм, навпаки, зменшилась.

Смертність серед дорослого населення потерпілого внаслідок аварії щороку збільшується. За 2015-2025 роки рівень смертності зріс на 5,7% – відповідно з 195,7 на 10000 дорослого потерпілого населення до 201,9.

У структурі первинної інвалідності серед дорослого потерпілого населення, по району діяльності КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці», новоутворення складала 71,7%, хвороби системи кровообігу – 20,5%, хвороби нервової системи – 2,3%, хвороби органів дихання – 1,3%, хвороби ендокринної системи – 0,97%, хвороби органів травлення – 0,70%, розлади психіки та поведінки – 0,3%.

Визначення того, яка частина захворювань з'явилася наслідком аварії, а яка обумовлена стресовими ситуаціями через війну — вельми складне завдання для медицини і статистики.

Основними пріоритетами на думку адміністрації КНП «ЦПМСД №2 м.Вінниці» на поточний період мають залишатись:

1. Фінансування у повному обсязі державних бюджетних програм: «Комплексне медико-санітарне забезпечення та лікування онкологічних захворювань із застосуванням високовартісних медичних технологій громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» та «Радіологічний захист населення та екологічне оздоровлення території, що зазнала радіоактивного забруднення»;

2. Продовження діяльності із щорічної диспансеризації осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи;

3. Продовження довгострокового скринінгового обстеження осіб, які на момент аварії були у дитячому та підлітковому віці та проживали на територіях, що зазнали забруднення радіоактивним йодом.

4. Забезпечення адресної висококваліфікованої і спеціалізованої допомоги дорослим і дітям, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи;

З вищевикладеного стає зрозумілим: система охорони здоров'я, медичні працівники продовжують докладають зусиль для максимального забезпечення хворих постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС лікувально-профілактичною допомогою.

Проте слід зауважити, що в умовах повномасштабної війни в Україні. коштів державного та місцевого бюджетів не вистачає для повного забезпечення потреб постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС ефективними лікувальними заходами. З року в рік зменшуються видатки на пільгове забезпечення постраждалих лікарським засобами.

Більшість українців і досі пов'язує свої важкі недуги та вразливий імунітет з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС. Звісно, хвороб, які б вважалися «чорнобильськими», не існує. Є звичайні недуги, але посилені радіацією. Не забуваймо, що середній вік постраждалих внаслідок аварії нині становить 55-65 років. У такому віці усім слід бути уважними до свого здоров'я. Необхідно щороку проходити відповідне обстеження та лікування.

З моменту найбільшої техногенної катастрофи 20 століття вже минуло 40 років, але відлуння трагедії українці відчують й досі.

«26 квітня 1986 року – чорний день в історії України. Щороку ми вшановуємо пам'ять тих, чиє життя забрала ця радіаційна катастрофа: працівників станції, ліквідаторів та простих мирних жителів. Цей день стає

нагадуванням про ціну людської відваги, про важливість пам'яті й відповідальності перед майбутніми поколіннями. Ми не маємо права забути ті події та подвиг тих, хто, ризикуючи собою, рятував інших», – зазначила минулого року директорка департаменту соціальної політики ВМР Валентина Войткова.

Чорнобиль – не лише велика трагедія, а й символ безмежної мужності, героїзму і самовідданості ліквідаторів страшної аварії. Персонал ЧАЕС, пожежники, військовослужбовці, будівельники, учені, медики, усі, хто брав участь у ліквідації наслідків аварії, усвідомлюючи всю складність ситуації, нехтуючи власною безпекою, ступили назустріч смертоносному лиху, щоб зберегти життя мільйонів людей не лише у нашій державі, а й на всій планеті. Шануймо учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС і вічна пам'ять жертвам Чорнобильської катастрофи.

**РОЛЬ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК
ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ У КНП «ВІННИЦЬКИЙ
ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
ВETERANІВ ВІЙНИ ТА РАДІАЦІЙНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

Буткалюк Д. Д., Михайленко М. В.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

26 квітня 2026 року виповнюється 40 років від дня аварії на Чорнобильській атомній електростанції, яка стала однією з найбільших техногенних катастроф в історії людства. Наслідки цієї трагедії мають довготривалий медичний, соціальний та екологічний вплив. Значна кількість ліквідаторів аварії, евакуйованих осіб та населення радіоактивно забруднених територій потребують постійного медичного нагляду, лікування та реабілітації.

Система охорони здоров'я України відіграє ключову роль у забезпеченні медичного супроводу постраждалих від радіаційного впливу. Важливим елементом підвищення ефективності медичної допомоги є впровадження сучасних підходів до управління якістю медичних послуг, зокрема відповідно до міжнародних стандартів.

Одним із провідних закладів, що забезпечує медичну та реабілітаційну допомогу постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи, є

КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної ради».

Висвітлення ролі системи управління якістю, впровадженої відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001, у підвищенні ефективності організації медичної допомоги та реабілітації постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи.

На сьогодні підприємство є закладом охорони здоров'я комунальної форми власності, що надає медичну та реабілітаційну допомогу ветеранам війни, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС, та прирівняним до них особам, тим, які займаються фізичною культурою та спортом, а також іншим, в тому числі дітям.

Важливим етапом його розвитку стало прийняття рішення 36 сесії Вінницької обласної Ради 8 скликання від 27 січня 2023 року №492, відповідно до якого було внесено зміни до Статуту підприємства та змінено повне найменування

з
Комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення Вінницької обласної ради» на Комунальне некомерційне підприємство «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної ради», а також змінено скорочене найменування з КНП «ВОСКДРЗН ВОР» на КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР».

В подальшому підприємство стало правонаступником майна, прав та обов'язків КНП «Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» згідно з рішенням 39 сесії Вінницької обласної Ради 8 скликання від 31 березня 2023 року №546, що дало можливість розширити спектр медичної та реабілітаційної допомоги ветеранам війни та особам, постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС.

Одним із стратегічних напрямів розвитку закладу стало впровадження системи управління якістю стосовно надання послуг у сфері охорони здоров'я.

З метою забезпечення відповідності діяльності вимогам чинного законодавства та створення умов для проходження вищого ступеня акредитації, адміністрацією закладу у 2014 році було прийнято рішення про розроблення та впровадження системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Координацію роботи з впровадження, розвитку та функціонування системи управління якістю з 2014 року до 2024 року здійснював представник керівництва з питань якості Буткалюк Дмитро Данилович, під керівництвом якого було сформовано основні елементи системи управління якістю, розроблено необхідну нормативну документацію та забезпечено проходження сертифікаційних аудитів.

Починаючи з 2024 року, відповідно до рішення керівництва підприємства, функції представника керівництва з питань якості покладено на Михайленко Маріну Вікторівну, яка забезпечує подальший розвиток системи управління якістю, підтримання її відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 та впровадження принципів безперервного вдосконалення діяльності закладу.

Подальший розвиток системи управління якістю включав:

1. Грудень 2014 року проведено остаточну перевірку та оцінку системи управління якістю та отримано сертифікат відповідності на систему управління якістю за ДСТУ ISO 9001:2009;
2. 2015 рік та 2016 рік – проведено наглядний аудит;
3. 2018 рік — проведено реорганізацію системи управління якістю та адаптацію документації відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015;
4. Лютий 2020 року — проведено наглядний аудит та внесено зміни до сертифіката у зв'язку з реорганізацією підприємства;
5. Лютий 2021 року — сертифіковано систему управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015;
6. 2022 рік та 2023 рік — проведено наглядові аудити сертифікованої системи управління якістю;
7. Лютий 2024 року — проведено ресертифікацію системи управління якістю;
8. 2025 рік та 2026 рік — проведено чергові наглядові аудити.

Впровадження системи управління якістю дозволило сформувати структурований підхід до управління процесами медичної допомоги, забезпечити стандартизацію лікувально-діагностичних процесів, підвищити ефективність внутрішнього контролю та покращити рівень безпеки пацієнтів.

Таким чином, поєднання багаторічного досвіду надання медичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС та впровадження сучасних міжнародних стандартів управління якістю дозволяє закладу забезпечувати високий рівень медичних та реабілітаційних послуг і робити вагомий внесок у систему охорони здоров'я України.

ЧОРНОБИЛЬ. МЕДСЕСТРИНСТВО КРИЗЬ РОКИ ВИПРОБУВАНЬ

Потапенко Г. Г.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

За роки роботи заклад неодноразово змінював назву, структуру та підпорядкування, однак незмінним залишався його головний принцип - служіння людині. Починаючи з 1996 року сформувався сталий контингент пацієнтів, значну частину якого становили - безпосередні учасники ліквідації

наслідків аварії на Чорнобильська АЕС, а також особи, які постраждали внаслідок цієї катастрофи.

Період пандемії COVID-19 вніс свої корективи. Війна принесла нові виклики, нові травми, нові людські долі. Але є дата, яку в нашій країні знає кожен - 26 квітня 1986 року.

Час швидкоплинний, і цього року Україна відзначає 40-ві роковини Чорнобильської трагедії. Кількість постраждалих змінюється щороку, але незмінною залишається їхня потреба в допомозі. Це ліквідатори аварії, переселенці з забруднених територій, потерпілі внаслідок катастрофи, їхні діти та онуки. Це люди, для яких Чорнобиль не є сторінкою підручника, а частиною власної біографії.

Сьогодні наш заклад створений для надання медичної допомоги чорнобильцям, ветеранам, військовим та цивільному населенню. Поряд із лікуванням пацієнти отримують повноцінний догляд, турботу та підтримку - те, що не вимірюється лише клінічними протоколами.

У закладі працює 71 медична сестра та 32 молодші медичні сестри. Всі різних поколінь, з різним життєвим досвідом, але їх об'єднує одне - це любов до професії та до людини.

Пацієнти потребують не лише медикаментозного лікування, а й: терпіння, співпереживання, уваги, доброго слова, людського тепла, почуття безпеки.

Саме медсестринство є тією ланкою, яка поєднує медицину і людяність.

Від професійності, турботи, спостережливості, внутрішньої культури та емоційної стійкості медичної сестри значною мірою залежить процес одужання пацієнта. Чуйне та уважне ставлення посилює ефект лікування так само, як і правильно підібрані препарати.

Чорнобиль навчив особливій формі професіоналізму - лікувати не лише тіло, а й страх, втрату, мовчазний біль, внутрішню тривогу.

Місія персоналу сьогодні це зробити кожну людину, що звертається до нашого закладу, не лише здоровішою, а й більш захищеною, спокійною, впевненою та людяно підтриманою.

Медсестринство саме та медична ланка яка стоїть поруч із пацієнтом у найважчі моменти його життя.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ЗА ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Палій Д.В., Гайдук О.А., Шкондіна О.Ф., Войналович О.О.,
Шмигельська Т.В., Вжецон Т.В.

*Кафедра епідеміології Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

Чорнобильська катастрофа 1986 року стала безпрецедентною подією, яка суттєво вплинула на формування сучасних підходів до оцінки ризиків для здоров'я населення та розвитку систем епідеміологічного нагляду. Через 40 років після аварії питання довготривалих наслідків впливу іонізуючого випромінювання залишаються актуальними, що зумовлює необхідність постійного моніторингу стану здоров'я постраждалих контингентів.

Епідеміологічні дослідження показали, що одним із найбільш значущих наслідків Чорнобильської катастрофи стало підвищення захворюваності на рак щитоподібної залози серед осіб, які зазнали впливу радіації в дитячому віці. Водночас накопичуються дані щодо можливого зростання ризику інших онкологічних захворювань, а також неонкологічної патології, зокрема серцево-судинних і ендокринних порушень. Окрему увагу привертають психосоціальні наслідки аварії, які мають тривалий характер і значною мірою впливають на якість життя постраждалого населення.

Особливістю Чорнобильської катастрофи є тривалість впливу факторів ризику та необхідність довготривалого епідеміологічного спостереження. Це зумовлює важливість створення та підтримки ефективних систем епідеміологічного нагляду, які дозволяють своєчасно виявляти зміни в показниках захворюваності та оцінювати ризики для здоров'я населення. Досвід Чорнобиля показав, що якісний нагляд має базуватися на інтеграції клінічних, лабораторних та демографічних даних, а також на використанні сучасних методів аналізу.

Сучасні підходи до епідеміологічного нагляду передбачають використання цифрових технологій, великих даних та математичного моделювання для оцінки ризиків та прогнозування розвитку захворюваності. Такі підходи дозволяють підвищити ефективність системи громадського здоров'я та забезпечити своєчасне реагування на загрози. Водночас важливим залишається питання якості даних та їх інтерпретації, що є критичним для прийняття управлінських рішень.

У сучасних умовах, з урахуванням військових дій на території України та потенційних ризиків радіаційних аварій, питання готовності системи

громадського здоров'я до реагування на подібні події набуває особливої актуальності. Уроки Чорнобильської катастрофи свідчать про необхідність розвитку систем раннього виявлення ризиків, ефективної комунікації з населенням та міжсекторальної взаємодії.

Висновки. Отже, Чорнобильська катастрофа залишається унікальною моделлю для вивчення довготривалих наслідків впливу факторів ризику та розвитку систем епідеміологічного нагляду. Сучасні виклики вимагають удосконалення існуючих підходів, впровадження інноваційних технологій та підготовки фахівців, здатних ефективно працювати в умовах надзвичайних ситуацій.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ УРОКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

**Палій Д.В., Гайдук О.А., Шкондіна О.Ф., Войналович О.О.,
Шмигельська Т.В., Вжецон Т.В.**

*Кафедра епідеміології Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

Чорнобильська катастрофа 1986 року стала однією з наймасштабніших техногенних аварій в історії людства, яка сформувала нове розуміння впливу екологічних факторів на здоров'я населення та необхідності розвитку систем громадського здоров'я. Через 40 років після аварії її наслідки залишаються предметом активних наукових досліджень, зокрема щодо довготривалого впливу іонізуючого випромінювання на ризик розвитку онкологічних захворювань, ендокринної патології та психічних розладів. Чорнобильська катастрофа також стала важливим досвідом для формування підходів до оцінки ризиків, епідеміологічного нагляду та реагування на надзвичайні ситуації.

Сучасні дослідження підкреслюють, що наслідки аварії виходять за межі безпосереднього радіаційного ураження та включають значний психосоціальний компонент, який має довготривалий вплив на здоров'я населення. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до оцінки здоров'я, що враховує взаємодію біологічних, екологічних та соціальних факторів. У цьому контексті особливої актуальності набуває концепція One Health, яка передбачає інтеграцію підходів до здоров'я людини, тварин і довкілля, а також міжсекторальну взаємодію.

В умовах сучасних глобальних викликів, включаючи пандемії, антимікробну резистентність, техногенні аварії та військові дії, система підготовки фахівців громадського здоров'я потребує трансформації. Традиційні

освітні підходи не забезпечують достатнього рівня готовності до роботи в умовах невизначеності та кризових ситуацій. Сучасні підходи до медичної освіти передбачають формування компетентностей, орієнтованих на практичну діяльність, міждисциплінарну взаємодію та прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Кафедра епідеміології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова впроваджує інноваційні освітні технології, спрямовані на підготовку фахівців, здатних ефективно реагувати на сучасні виклики громадського здоров'я. Одним із ключових напрямів є використання симуляційного навчання, яке дозволяє моделювати різні сценарії надзвичайних ситуацій, включаючи спалахи інфекційних захворювань, біологічні загрози та техногенні катастрофи. Дослідження показують, що симуляційні методи навчання значно підвищують рівень клінічного мислення, командної роботи та готовності до прийняття рішень у критичних умовах.

Особливе значення має інтеграція міждисциплінарного підходу та принципів One Health у навчальний процес. Такий підхід дозволяє сформувати у здобувачів освіти системне бачення проблем громадського здоров'я та розуміння взаємозв'язку між різними факторами ризику. Доведено, що міжпрофесійне навчання сприяє покращенню якості підготовки медичних працівників та підвищує ефективність роботи системи охорони здоров'я.

Крім того, на кафедрі активно використовуються сучасні методи епідеміологічного аналізу, включаючи обробку великих масивів даних, цифрові інструменти моніторингу та оцінки ризиків. Використання таких підходів дозволяє не лише підвищити якість навчання, але й сформувати навички, необхідні для проведення наукових досліджень та прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я. Сучасна епідеміологія дедалі більше орієнтується на використання даних та доказовий підхід, що є ключовим для ефективного реагування на загрози здоров'ю населення.

В умовах повномасштабної війни в Україні питання готовності системи охорони здоров'я до надзвичайних ситуацій набуває особливої актуальності, зокрема з огляду на потенційні ризики радіаційних аварій. У цьому контексті уроки Чорнобильської катастрофи залишаються надзвичайно важливими для формування сучасної системи громадського здоров'я. Підготовка фахівців, здатних працювати в умовах невизначеності, приймати рішення в кризових ситуаціях та взаємодіяти з різними секторами, є одним із ключових завдань сучасної медичної освіти.

Висновки. Таким чином, інтеграція інноваційних освітніх технологій, міждисциплінарного підходу та практико-орієнтованого навчання дозволяє забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців громадського здоров'я.

Досвід кафедри епідеміології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова демонструє ефективність впровадження сучасних освітніх підходів, що відповідають актуальним викликам та сприяють підвищенню готовності системи охорони здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації.

Кириченко Л.М., кандидат медичних наук, доцент, Кулик Л.Г., кандидат медичних наук, доцент, Бондарчук О.Б., кандидат медичних наук, доцент, кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології, Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА: ІМУНОЛОГІЧНІ ВИКЛИКИ ТА СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ

Кириченко Л.М., Кулик Л.Г., Бондарчук О.Б.

*Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

26 квітня 1986 року – дата, яка стала страшною точкою відліку екологічного лиха, яке має свої наслідки до сьогодні. 40 років від дня аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) – це нагадування, що вплив радіації на природне середовище та здоров'я людей не має терміну давності. Варто пам'ятати і про соціальні наслідки цього лиха – тисячі людей втратили можливість проживати у своїх містах та селах і змушені були переселятись в безпечні місця, не маючи можливості взяти із собою нічого із минулого життя. Але в ті часи ніхто не говорив про психічне здоров'я.

Українські лікарі і науковці робили багато можливого і неможливого для збереження здоров'я контингентів людей, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС. На той час кафедра фтизіатрії Вінницького медичного інституту ім. М.І.Пирогова теж була дотична до цієї роботи. За сприяння проф. Пухлика Б.М. у 1988 році була створена перша в Україні розрахована на обстеження населення імунологічна лабораторія при обласній дитячій лікарні, а у 1992 році – Імунологічний центр, який з 1993 року продовжив свою роботу, як відділення Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру.

З 1991 року великі зусилля науковці кафедри спрямовують на надання імуно-алергологічної допомоги населенню області, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС. По цій тематиці було виконано 5 держбюджетних конкурсних тем з МОЗ України. Працювали виїзні бригади, які працювали з людьми в радіаційно забруднених районах. На великому масиві даних було вивчено стан імунітету у мешканців Вінницької області, що постраждали від наслідків аварії, та організаційні вирішення питання його відновлення.

Проведено вивчення епідеміології і перебігу легеневого туберкульозу, особливостей інфікування у мешканців зони посиленого радіоекологічного контролю.

І через 40 років слід пам'ятати, що Чорнобильська катастрофа стала точкою відліку не лише екологічної та соціальної кризи, а й нового етапу розвитку української медицини. Радіаційне навантаження показало вразливість імунної системи людини та потребу у створенні спеціалізованих лабораторій і центрів для її дослідження. Зусилля українських лікарів і науковців, які працювали у постраждалих регіонах, заклали основу для системного моніторингу стану імунітету та розвитку сучасної клінічної імунології. Цей досвід є важливим нагадуванням, що наслідки техногенних катастроф не мають часових меж і потребують постійної уваги медицини та суспільства.

Але уроки Чорнобиля виходять далеко за межі медицини. Світ нині стоїть на межі глобальних геополітичних потрясінь, і загроза ядерної війни робить цю пам'ять особливо тривожною. Наслідки можливого застосування ядерної зброї є непередбачуваними й здатні перевершити масштаби будь-якої техногенної катастрофи. Тому Чорнобиль має звучати як застереження для всього людства: мир і безпека — це не абстрактні цінності, а умова виживання цивілізації.

ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ ТА ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Дика Л. М.

Заступник начальника Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області

На обліку в Головному управлінні перебуває 5293 пенсіонери з числа ліквідаторів та потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС, 4705 з них одержують пенсії, обчислені за нормами законодавства, передбаченими саме для вказаної категорії, а 588 одержують «військову» пенсію з відповідними доплатами, передбаченими для потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Найчисельнішими є особи, віднесені до 1 категорії потерпілих – їх 2788, 2 категорії – 1684 та 3 – 821.

З числа потерпілих 1 категорії, 2574 осіб отримують пенсію, обчислену суто за нормами «чорнобильського» законодавства і середній розмір таких пенсій становить 13488,45 грн.

214 пенсіонерам пенсія обчислена відповідно до Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби та деяких інших

осіб» з встановленням відповідних доплат. Середній розмір таких пенсій – 23596,05 грн.

Пенсійне забезпечення осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, а також громадян, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, залишається одним із пріоритетних напрямів соціального захисту в Україні. Держава визнає особливий статус цих осіб та гарантує їм підвищений рівень соціального забезпечення, зокрема у сфері пенсійного забезпечення.

Питання пенсійного забезпечення чорнобильців регулюється низкою законодавчих актів, ключовим серед яких є Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». Також застосовуються норми пенсійного законодавства України, рішення Конституційного Суду України та підзаконні нормативні акти Кабінету Міністрів України.

До осіб, які користуються спеціальними умовами пенсійного забезпечення, належать:

- учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (1 - 4 категорії);
- особи, евакуйовані або переселені із зон радіоактивного забруднення;
- громадяни, які постійно проживали або працювали на забруднених територіях;
- особи з інвалідністю, інвалідність яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою;
- члени сімей померлих ліквідаторів і постраждалих осіб.

На даний період для зазначених категорій громадян зберігаються такі ключові особливості пенсійного забезпечення:

- **право на достроковий вихід на пенсію** (зі зниженням пенсійного віку залежно від категорії та періоду участі/проживання);
- **призначення пенсій по інвалідності** незалежно від тривалості страхового стажу - за наявності встановленого зв'язку інвалідності з Чорнобильською катастрофою;
- **пенсії у зв'язку з втратою годувальника** для членів сімей загиблих або померлих чорнобильців;
- **додаткова пенсія**, компенсаційні виплати та доплати, передбачені законодавством.

Пенсії чорнобильців підлягають перерахунку та індексації відповідно до загальних правил пенсійного законодавства.

Пенсійне забезпечення учасників ліквідації та постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи на сьогодні залишається важливою складовою соціальної політики держави. Законодавство передбачає для цих осіб спеціальні

умови, пільги та гарантії, однак їх практична реалізація потребує постійної уваги, правового супроводу та подальшого вдосконалення з боку держави.

З 1 березня 2026 року для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, яким встановлено причинний зв'язок інвалідності з катастрофою, встановлені **гарантовані мінімальні пенсійні виплати**. Ці суми включають основну пенсію, доплати за статус чорнобильця та індексацію, без врахування доплати за особливі заслуги:

- **I група інвалідності - 20 653,55 грн**
- **II група інвалідності - 16 522,84 грн**
- **III група інвалідності - 12 392,13 грн**

Ці мінімальні показники визначаються на основі середньої заробітної плати в Україні та щорічно переглядаються з урахуванням перерахунку пенсійних сум.

Таким чином, навіть якщо загальний розрахований розмір пенсії (з урахуванням страхового стажу та заробітної плати) буде меншим, він **не може бути нижчим від цих гарантованих мінімумів** для кожної групи інвалідності.

Особливості пенсій за віком для учасників Чорнобильської катастрофи:

- Чорнобильці мають право на **достроковий вихід на пенсію за віком**, зі зниженням віку від 5 до 10 років залежно від конкретної категорії та тривалості перебування або роботи в зонах радіоактивного забруднення.

- При стандартному пенсійному забезпеченні (за віком) пенсія обчислюється відповідно до загальних правил загальнообов'язкового державного пенсійного страхування України (за стажем і заробітної плати), але за потреби розмір виплати **доповнюється до гарантованого мінімального рівня** з урахуванням пільг чорнобильця.

Пенсії по інвалідності, пов'язані з Чорнобильською катастрофою

Окрема група пенсій - це **пенсії по інвалідності** для потерпілих:

- Якщо інвалідність була встановлена **унаслідок Чорнобильської катастрофи**, то для таких осіб пенсія по інвалідності не прив'язується суто до страхового стажу, а розраховується з урахуванням спеціальних норм:

- або на основі зарплати у зоні 1986 - 1990 років
- або на основі **п'ятикратного розміру мінімальної заробітної плати**

(на вибір найбільш вигідного для пенсіонера варіанту).

При цьому **мінімальна пенсія по інвалідності** з березня 2026 року для чорнобильців (які не є ліквідаторами) залишається гарантованою у відповідних групах, навіть якщо обчислений страховий розмір менший:

- **I група - 11048,25 грн**
- **II група - 8838,60 грн**
- **III група - 6813,10 грн.**

РОЗДІЛ II. СТАН ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ: СТАЦІОНАРНИЙ ВИМІР ПРОБЛЕМИ

Жебель В.М., Старжинська О.Л., Люта Т.В., Загородня Є.В.

*Кафедра внутрішньої медицини МФ №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова,
КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»*

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається однією з провідних причин серцево-судинної захворюваності, інвалідності та смертності у світі, у першу чергу, у зв'язку з гіпертензивно обумовленим ураженням органів мішеней. Відомо про більше поширення АГ серед осіб, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС, у порівнянні з загальною популяцією України, як за даними первинного моніторингу у період з 1995 по 1999 рік, так і за більш пізніми спостереженнями. Причому, останні дані вказують на те, що у цієї когорти пацієнтів з АГ спостерігається тяжчий перебіг з більшою коморбідністю.

Метою дослідження було вивчення тенденцій у госпіталізації пацієнтів з АГ, зокрема, серед осіб, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС, за п'ятирічний період (з 2021 по 2025 роки).

За даними статистики, у відділеннях КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР» у період з 2021 по 2025 рік спостерігається зростання кількості госпіталізацій пацієнтів з АГ та її ускладненнями. Аналіз статистичних показників продемонстрував поступове збільшення кількості хворих з АГ серед усіх госпіталізованих з піком у 2023 році (1031 пацієнт проти 637 хворих у 2021 році). Також зафіксовано збільшення кількості днів госпіталізації для цих хворих майже вдвічі у 2023 році (до 7903 дні проти 4318 днів у 2021 році) та збереження такої тенденції до 2025 року (6550 днів). До 2023 року зростання кількості хворих та днів госпіталізації відбувалося паралельно з середньою тривалістю перебування 6,5 днів, у 2023 та наступних роках фіксується збільшення середнього терміну госпіталізації до 7,6 діб. Варто зазначити, що в усі роки спостереження третина пацієнтів (від 24 до 39% у різні роки) мали статус постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Отже, спостерігається тенденція до зростання потреби у госпіталізації хворих з АГ та збільшення термінів, необхідних для повного обстеження та стабілізації стану. Варто зауважити, що усі діагностичні та лікувальні заходи у закладі щодо пацієнтів з АГ здійснюються відповідно до національних рекомендацій з урахуванням сучасних міжнародних настанов.

Отримані дані можуть мати низку причин: погіршення контролю за АГ на амбулаторному етапі, зростання частки пацієнтів із ускладненими формами АГ, резистентною гіпертензією та вираженим ураженням органів-мішеней, збільшення кількості хворих з множинною коморбідною патологією, у тому числі, за рахунок постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Для такої ситуації є і об'єктивні фактори, які створили додаткове навантаження на систему охорони здоров'я та населення загалом: наслідки пандемії COVID-19, повномасштабна війна, розв'язана Російською Федерацією проти України призвели до вимушеного переміщення великої кількості людей, втрати стабільного доступу до медичних послуг і лікарських засобів, переривання диспансерного спостереження, несвоєчасної корекції терапії та зниження прихильності до лікування; хронічний психоемоційний стрес, порушення режиму сну стали тригерами декомпенсації стану для пацієнтів. Певну роль відіграють загальносвітові тенденції: старіння населення, поширеність ожиріння, низька фізична активність, збільшення частоти метаболічних порушень. У поєднанні з соціальними потрясіннями, ці фактори формують підґрунтя для прогресування серцево-судинної патології та ускладненого перебігу АГ.

Таким чином, за останні 5 років спостерігається зростання як кількості госпіталізованих пацієнтів з АГ, так і тривалості їх перебування у стаціонарі. Існує необхідність у подальшому деталізованому дослідженні можливих причин з вивченням структури тяжкості АГ та коморбідної патології, особливостей соціального бекграунда у цієї категорії хворих. За результатами такого аналізу було сформовано рекомендації у вигляді локальних протоколів для курації пацієнтів і адаптації системи госпітальної допомоги в умовах кризових викликів і відповідно забезпечення безперервності антигіпертензивної терапії навіть у періоди соціальної нестабільності.

СУДИННЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ: ВІДМІННОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Кузьміна Н.В., Іванкова А.В., Романова В.О., Кульчицька О.М.,
Бурдейна Л.В., Назарова М.С., Шаповал І.І.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини №1

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найважливіших факторів ризику розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (ІХС), враження судин мозку і в більшості випадків є безпосередньою причиною кардіальних та мозкових катастроф. Радіаційний фон відіграє роль непрямого та прямого

фактору ризику, що може провокувати структурні та функціональні зміни в серцево-судинній системі, причому іонізуюче випромінення навіть у малих дозах здатне ініціювати патологічні процеси. Хронічний вплив радіаційного фону прискорює розвиток атеросклерозу, що є основою для ІХС та розвитку інсультів. Однак значущість судинного ремоделювання в генезі розвитку різноманітних ускладнень АГ до теперішнього часу остаточно не визначена і потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження – визначити наявність і ступінь структурних змін судинної стінки у хворих на гіпертонічну хворобу в залежності від ступеню важкості захворювання та наявності серцево-судинних ускладнень.

Обстежено 381 хворий на гіпертонічну хворобу (ГХ), 212 чоловіків і 169 жінок, в віці від 35 до 70 років, середній вік $53,3 \pm 0,4$ роки. ГХ II стадії діагностовано у 231 (60,6%) пацієнта, III стадії – у 150 (39,4%). Поєднання ГХ з ІХС мали 259 (68,0%) пацієнтів. Інфаркт міокарду (ІМ) в анамнезі був у 88 (23,1%) хворих, гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – у 45 (11,8%), поєднання ІМ та мозкового інсульту (МІ) – 17 (4,5%). Хронічна серцева недостатність (ХСН) I стадії I-II функціонального класу (ФК) виявлена у 175 (45,9%) пацієнтів, II-A стадії II-III ФК – у 163 (42,8%). Тривалість АГ становила в середньому $10,1 \pm 0,32$ роки. Контрольну групу склали 30 осіб відповідного віку і статі без верифікованих серцево-судинних захворювань та захворювань внутрішніх органів. Визначення структурно-функціонального стану сонних артерій (СА) проводили методом дуплексного сканування та кольорового доплерівського картування току крові на апараті “Logiq” – 500 МО (фірма GE, США), лінійний датчик 6,5-13 МГц. Результати дослідження показали, що у хворих на ГХ II стадії кількість атеросклеротичних бляшок в СА достовірно збільшувалась (47,3%), порівняно з контролем (8,0%), причому більш виразні зміни визначались в лівій загальній СА: 35 (31,8%) проти 17 (15,5%) в правій. При приєднанні ІХС до ГХ спостерігалась чітка тенденція до збільшення частоти ураження правої СА, порівняно до хворих з ГХ без ІХС ($p=0,08$). Частота атеросклеротичного ураження СА достовірно зростала у хворих з ГХ III стадії (86,7%), порівняно із II стадією (47,1%), причому виразніші зміни визначались в лівій загальній СА: 82 (54,7%) проти 48 (32,0%) в правій СА. У пацієнтів з III стадією ГХ значно збільшувалась частота стенозу і деформацій СА. Найбільша ступінь структурно-функціональних порушень СА у хворих на ГХ III стадії відбувались у пацієнтів, що мали в анамнезі перенесені ІМ і МІ (79,4%), що достовірно відрізнялось від інших пацієнтів з ГХ III стадії. Кількість бляшок в СА у хворих, які мали в анамнезі ІМ була меншою, ніж у хворих з перенесеним ГПМК ($p=0,06$). Стеноз СА, що більше

ніж на 30% перекривав просвіт судин, значно частіше, порівняно з іншими групами, виявлявся у пацієнтів, що мали в анамнезі МІ ($p < 0,03$). Найбільше потовщення ТІМ (до 1.5 мм) спостерігалось в найважчій групі хворих: з перенесеними і кардіальними і мозковими катастрофами у минулому, що значно відрізнялось від величини ТІМ у хворих, які перенесли або ІМ, або МІ ($p < 0,03$). Виявлені ознаки ремоделювання СА, супроводжувались значним зниженням швидкості кровотоку. Таким чином, наявність ускладнень АГ асоціюється зі збільшенням ступеню патологічного ремоделювання судин і зростанням частоти атеросклеротичних уражень та погіршенням кровотоку. Церебральні ускладнення ГХ супроводжувались більш вираженим атеросклеротичним ураженням СА порівняно з пацієнтами, які не мали в анамнезі перенесеного МІ. Перенесення хворими «подвійної катастрофи» (ІМ та МІ), асоціювалось з найбільшим атеросклеротичним ураженням СА, переважно білатеральним, більш вираженим патологічним ремоделюванням судин порівняно з пацієнтами, які мали по одному ускладненню в анамнезі.

ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ПОСТРАЖДАЛИХ В НАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Овсяновська Е.В.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Аварія в Чорнобилі 26 квітня 1986 року спричинила значну зміну екологічного фону у великих регіонах нашої країни. Загалом, за даними Національної академії медичних наук України, понад 3,2 млн українців постраждали від наслідків аварії (реєстр постраждалих) — це включає здоров'я та санітарно-епідеміологічний вплив.

Захворювання системи кровообігу залишаються однією з найпоширеніших патологій серед даної категорії постраждалих. Встановлено, що в перші роки після аварії перше місце в структурі захворюваності системи кровообігу займала гіпертонічна хвороба. Через 25 років після аварії відмічається тенденція до збільшення органічних порушень з боку системи кровообігу, в першу чергу за рахунок ішемічної хвороби серця.

Проведено аналіз навантаження консультативного прийому та структури серцево-судинної патології серед пацієнтів ВОКМЦРРРЗН за період 2021-2025 років із оцінкою питомої ваги пацієнтів з наслідками аварії на ЧАЕС, а також поширеності основних нозологій ішемічної хвороба серця (ІХС) та гіпертонічної хвороби (ГХ): 2021 р -2369 осіб, 2022 р - 4400, 2023 р – 4790, 2024 р -5124, 2025 р- 4664.

У 2022 році відбулося різке зростання навантаження майже у 1,9 раза порівняно з 2021 роком. Максимальний показник зареєстровано у 2024 році (5124 консультації). У 2025 році відзначається незначне зниження, що може бути пов'язано з стабілізацією диспансерного контингенту, перерозподілом пацієнтів між рівнями медичними допомоги, покращенням амбулаторного контролю хронічних станів.

Спостерігається стійка тенденція до зменшення питомої ваги пацієнтів ЧАЕС: 2021 р -12,7%, 2025 р-6%.

Одним із можливих пояснень цих процесів може бути природне зменшення чисельності когорти, переведення частини пацієнтів у сімейні програми спостереження, стабілізація стану хронічних пацієнтів при регулярному лікуванні.

Іншим наслідком є зростання у таких пацієнтів рівня серцево-судинного ризику через збільшення випадків дисліпідемій. Ці зміни статистично пов'язані зі зростанням ризику атеросклерозу і його наслідків у опромінених груп населення.

Можливими рушійними процесами є пошкодження ендотелію судин, запальні реакції та фіброз, як результат багатьох патологічних реакцій у організмі людини при гострому та/або хронічному опромінюванні. Крім того, потрібно враховувати старіння популяції, стан хронічного психоемоційного стресу у зв'язку із війною.

Потрібно зазначити, що в Україні серцево-судинна патологія офіційно внесена до переліку хвороб, для яких може бути встановлено причинний зв'язок із дією випромінювання та інших факторів аварії на ЧАЕС.

Висновок:

За період 2021-2025 років встановлено суттєве збільшення консультативного навантаження з піком у 2024 році; поступове зменшення частки пацієнтів ЧАЕС. Незважаючи на досягнення останніх років, проблема лікування ІХС та ГХ залишається актуальною. Загалом структура звернень демонструє трансформацію кардіологічної патології у бік хронічних захворювань серцево-судинної системи з потребою тривалого диспансерного спостереження.

КАРДІОРЕСПІРАТОРНА КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ. МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ.

Савицька О.О., Перебетюк Л.С., Лілевська А.А., Романова В.О.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Провідним фактором, що визначає прогноз при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), є наявність системних проявів захворювання та коморбідних станів. В радіаційно несприятливих умовах, внаслідок аварії на ЧАЕС, розвиток вторинного імунодефіциту, на який вказують провідні фахівці, створює підстави для розвитку та існування системного хронічного запалення, що утруднює діагностику, погіршує прогноз та ускладнює лікування пацієнтів з ХОЗЛ. У хворих на ХОЗЛ серцево-судинна смертність пов'язана переважно з розвитком атеросклеротичного ушкодження судин. Фактори ризику такі як вік, куріння, персистуюче системне запалення, хронічні інфекції тощо, характерні як для ХОЗЛ, так і для пацієнтів із ішемічною хворобою серця (ІХС).

Мета дослідження – оптимізація діагностики та прогнозування ризику раннього розвитку коронарного атеросклерозу (ІХС) на основі встановлення клініко-функціональних особливостей перебігу ХОЗЛ, оцінка якості життя.

За темою дослідження обстежено 197 чоловіків, в тому числі 153 особи з діагнозом ХОЗЛ та 44 пацієнта зі стабільною ІХС II, III функціональний клас, середній вік чоловіків $56,4 \pm 3,8$ років. Критеріями включення в дослідження були верифіковані ХОЗЛ (GOLD, 2020), ІХС або їх поєднання, а також інформована згода пацієнта.

Результати. Встановлено, що особливостями перебігу ІХС у хворих на ХОЗЛ є атипові прояви стенокардії, велика частота безбольової форми ішемії міокарда (55,8%) і порушень серцевого ритму за даними добового моніторингу ЕКГ, збільшення частоти і ступеня задишки, частково як еквівалента стенокардії. У 59 (76,6%) пацієнтів з кардіореспіраторною патологією спостерігалися порушення серцевого ритму, частота аритмій у хворих на ІХС була дещо меншою - 65,9%, зареєстровано наявність аритмії і у 17 (22,4%) хворих на ХОЗЛ. У хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС має місце достовірне, по відношенню до групи з ізольованою респіраторною патологією, збільшення частоти дуже високого кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE. Коморбідна ІХС погіршує респіраторні симптоми і функцію зовнішнього дихання за показниками $ОФВ_1$ та індексу Тиффно. Поєднання ураження органів дихання і патології серцево-судинної системи, зокрема ІХС, істотно погіршує показники якості життя пацієнтів (опитувальник SGRQ-C), викликаючи обмеження в фізичному, психологічному і соціальному аспектах життя. Використання шкали САТ, яка показала достовірний прямий зв'язок з усіма шкалами опитувальника SGRQ-C, є основою персоніфікованого підходу для діагностики та лікування ХОЗЛ.

Висновки. Коморбідна кардіореспіраторна патологія, що асоціюється з високою частотою порушень ритму і ризиком кардіоваскулярних ускладнень,

морфо-функціональних розладів серця і легеневої гіпертензії є підставою для включення в план обстеження хворих на ХОЗЛ добового моніторингу ЕКГ та ЕхоКГ з визначенням структурно-функціонального стану серця. Своєчасна діагностика та вибір раціональної терапії здатні значно покращити прогноз та якість життя пацієнта.

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Беліченко Т.Г., Корнійчук О.І.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Ліквідатори аварії на Чорнобильській АЕС піддавалися тривалому впливу іонізуючого випромінювання, хронічного стресу та фізичних навантажень, що підвищує ризик розвитку серйозних серцево-судинних порушень. У цій групі пацієнтів часто виявляються ішемічна хвороба серця, аритмії, порушення провідності та кардіоміопатії, пов'язані з наслідками радіаційного впливу.

Електрокардіографія (ЕКГ) залишається базовим і доступним методом ранньої діагностики таких патологій, що дозволяє виявити ознаки структурних і функціональних змін міокарда ще до розвитку клінічних проявів.

Метою дослідження є визначення частоти та характеру електрокардіографічних змін у ліквідаторів аварії на ЧАЕС та оцінити їх клінічну значущість для своєчасної діагностики серцево-судинних порушень, характерних для радіаційного ураження.

Було взято дані обстежень 86 ліквідаторів ЧАЕС віком 64–77 років, з них чоловіки — 78 (90,7%), жінки — 8 (9,3%).

Всім пацієнтам проведено стандартну 12-канальну ЕКГ у спокої з реєстрацією основних параметрів: частоти серцевих скорочень, сегмента ST, зубців Q і T, ознак гіпертрофії камер серця, порушень ритму та провідності. Додатково оцінювали наявність ознак ішемії, порушень внутрішньошлуночкової та міжпередсердної провідності, а також аритмій, які часто зустрічаються у постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС.

Електрокардіографічні порушення виявлено у 72 пацієнтів (83,7%), що значно перевищує показники серед загальної популяції цієї вікової групи. Найпоширенішими були синусова тахікардія — у 22 пацієнтів (25,6%), часті шлуночкові та передсердні екстрасистоли — у 28 пацієнтів (32,6%), ознаки ішемії міокарда (інверсія зубця T, депресія сегмента ST) — у 34 пацієнтів (39,5%), порушення провідності у вигляді блокади ніжок пучка Гіса — у 16 пацієнтів (18,6%), ознаки гіпертрофії лівого шлуночка або передсердь — у 20 пацієнтів (23,3%).

Висока частота ішемічних змін та аритмій серед ліквідаторів відповідає даним про підвищений ризик серцево-судинної патології після радіаційного впливу. Часті шлуночкові екстрасистоли та блокади провідності можуть бути наслідком структурних змін міокарда, викликаних іонізуючим опроміненням. Ішемічні зміни, які виявляються у чверті пацієнтів, свідчать про високий ризик розвитку ішемічної хвороби серця, навіть при відсутності клінічних проявів.

Своєчасне проведення ЕКГ дозволяє виявляти серцево-судинні порушення на ранніх стадіях та планувати подальше обстеження або лікування, включно з медикаментозною корекцією та інвазивними методами за необхідності.

У більшості ліквідаторів аварії на ЧАЕС виявляються серйозні електрокардіографічні порушення, характерні для наслідків радіаційного впливу та хронічного стресу. Найбільш поширені зміни включають ознаки ішемії міокарда, шлуночкові та передсердні аритмії, блокади провідності та гіпертрофічні зміни.

Регулярне проведення ЕКГ є важливим скринінговим методом для ранньої діагностики серцево-судинної патології та дозволяє своєчасно планувати подальшу кардіологічну оцінку та лікування ліквідаторів ЧАЕС.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ЧЕРЕЗ 40 РОКІВ

Євтушенко А.А.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Чорнобильська катастрофа 26 квітня 1986 року стала однією з найбільших техногенних аварій в історії людства, наслідки якої й досі залишаються відчутними для здоров'я населення України. Радіаційне забруднення, що охопило значні території, спричинило довготривалий вплив іонізуючого випромінювання на організм людини та сформувало нові виклики для медичної науки і практичної охорони здоров'я.

Віддалені медичні наслідки впливу радіаційного чинника зумовлюють формування хронічної, багатопрофільної патології, що потребує системного спостереження та міждисциплінарного підходу. З метою оцінки структури захворюваності та обсягів спеціалізованої допомоги проаналізовано показники консультативної поліклініки закладу за 2021–2025 роки, протягом яких було прийнято 15 380 учасників ліквідації. Отримані статистичні дані дають можливість окреслити провідні нозологічні напрями звернень, визначити найбільш поширені патології та обґрунтувати подальші організаційні й профілактичні заходи щодо медичного супроводу цієї категорії пацієнтів.

Аналіз структури звернень засвідчив, що провідне місце посідають гастроентерологічні захворювання — 1 680 випадків (10,9 %), офтальмологічна патологія — 1 658 (10,8 %), урологічні захворювання — 1 479 (9,6 %), неврологічні — 1 416 (9,2 %) та кардіологічні — 1 358 (8,8 %). Значну частку також становлять хірургічна патологія — 1 889 випадків (7 %), ендокринологічні захворювання — 1 022 (6,6 %), отоларингологічні — 614 (4 %), пульмонологічні — 510 (3,3 %), дерматологічні — 496 (3,2 %), гематологічні — 442 (2,9 %), травматологічні — 426 (2,7 %), гінекологічні — 374 (2,4 %), алергологічні — 123 (0,8 %) та психіатричні — 52 (0,3 %). Отримані дані відображають багатопрофільний характер патології в осіб, які зазнали впливу радіаційного чинника, та підкреслюють необхідність комплексного медичного супроводу цієї категорії пацієнтів.

Серед виявлених нозологій окремої уваги заслуговують ендокринні захворювання, які за досліджуваний період становили 1 022 випадки, або 6,6 % від загальної кількості звернень. Такий показник відображає актуальність проблеми порушень ендокринної системи в осіб, які зазнали впливу радіаційного чинника.

Ендокринна патологія, асоційована з впливом радіаційних факторів, залишається актуальною проблемою сучасної медицини та потребує постійного клінічного спостереження, наукового аналізу й удосконалення підходів до профілактики, діагностики та лікування. Серед потерпілих від Чорнобильської аварії спостерігається зростання частоти аутоімунних ендокринних захворювань – аутоімунного тиреоїдиту, тиреотоксикозу, цукрового діабету, деяких форм гіперкортицизму, що потенціюються регуляторними розладами імунної системи, пригніченням клітинного та гуморального імунітету. Однак спектр ендокринних порушень значно ширший і включає як структурні, так і функціональні зміни.

Серед постраждалих контингентів відзначено зростання частоти:

- аутоімунного тиреоїдиту;
- тиреотоксикозу;
- вузлових форм зоба;
- порушень гіпоталамо-гіпофізарної регуляції;
- цукрового діабету (переважно аутоімунного генезу);
- окремих форм гіперкортицизму.

Особливе значення має той факт, що хронічне низькодозове опромінення спричиняє більш виражені метаболічні та регуляторні зміни, ніж короткочасна дія високих доз. Це пояснюється тривалим персистуванням радіонуклідів в організмі, постійною генерацією вільних радикалів та поступовим виснаженням компенсаторних механізмів. На тлі хронічного низькодозового опромінення

відзначено зростання частоти аутоімунних захворювань ендокринної системи — аутоімунного тиреоїдиту, хвороби Грейвса, аутоімунного цукрового діабету. Радіаційне ушкодження тиреоцитів супроводжується вивільненням аутоантигенів, активацією перекисного окиснення ліпідів та змінами в системі клітинного і гуморального імунітету. Формується порушення імунної толерантності, що потенціює аутоімунні процеси. Найбільш значущим чинником став вплив ізотопів радіоактивного йоду ($I-131$), що спричинив внутрішнє опромінення тиреоїдної тканини, особливо у дитячого та підліткового населення на момент аварії.

За даними багаторічних спостережень, в Україні відзначено зростання частоти раку щитоподібної залози, передусім папілярної карциноми, серед осіб, які зазнали радіаційного впливу в дитячому віці. Радіаційний чинник виступив тригером як неопластичних, так і аутоімунних процесів, що зумовлює необхідність довготривалого медичного спостереження за постраждалими контингентами. Окрім злоякісних новоутворень, у структурі патології переважають вузлові форми зоба, дифузні зміни паренхіми щитоподібної залози, аутоімунний тиреоїдит, а також функціональні порушення — гіпотиреоз та субклінічні тиреоїдні дисфункції.

В умовах сьогодення особливої актуальності набуває своєчасна діагностика тиреоїдної патології, раннє виявлення структурних змін і функціональних порушень, а також контроль перебігу вже встановлених захворювань.

У Вінницькому клінічному медичному реабілітаційному центрі ветеранів війни та радіаційного захисту населення створені належні умови для своєчасної діагностики, обстеження та ведення пацієнтів із патологією щитоподібної залози. Заклад оснащений сучасними ультразвуковими апаратами, що забезпечують високоточну візуалізацію структури тиреоїдної тканини, дозволяють виявляти вузлові утворення на ранніх стадіях та здійснювати динамічний контроль за перебігом захворювання. Високий рівень підготовки фахівців ультразвукової діагностики та лікарів-спеціалістів забезпечує якісну інтерпретацію результатів обстежень і формування індивідуалізованої тактики лікування. Важливо, що пацієнти центру часто мають супутню соматичну патологію, тому мультидисциплінарна взаємодія лікарів різних спеціальностей дозволяє комплексно оцінювати стан здоров'я та враховувати всі клінічні аспекти при виборі терапевтичної стратегії. Лабораторна база закладу дає можливість проводити визначення показників тиреоїдного профілю та інших маркерів, необхідних для оцінки функціонального стану організму. Комплексний підхід до діагностики та лікування забезпечує своєчасне

виявлення патології, ефективний контроль перебігу захворювань та сприяє покращенню якості життя пацієнтів.

Колектив центру й надалі зберігатиме відданість справі медичного супроводу учасників ліквідації наслідків аварії та осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Наша професійна відповідальність полягає не лише у своєчасній діагностиці та лікуванні, а й у довготривалому спостереженні, підтримці та збереженні якості життя пацієнтів. Пам'ятаючи про масштаб трагедії та її медичні наслідки, ми продовжуємо розвивати сучасні підходи до обстеження й терапії, поєднуючи науковий досвід, клінічну практику та людяність у щоденній роботі.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI У ЖІНОК ГРУПИ РАДІАЦІЙНОГО РИЗИКУ

Маркевич Б.О.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Проблема збереження репродуктивного здоров'я жінок, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання або проживають на радіоактивно забруднених територіях після аварії на Чорнобильській АЕС, залишається актуальною для сучасної медицини. За даними міжнародних епідеміологічних досліджень, у світі у 2021 році зареєстровано 899 млн нових випадків гінекологічних захворювань серед жінок репродуктивного віку, що становить значний внесок у структуру жіночої захворюваності.

У жінок, які проживають на територіях із радіоактивним забрудненням, дослідники відзначають підвищену частоту гормональних порушень, доброякісних гіперпластичних процесів та онкогінекологічної патології.

Проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт пацієнток, які перебували під наглядом лікаря акушера-гінеколога консультативної поліклініки. Оцінювалися:

- вікова структура пацієнток;
- частота основних гінекологічних захворювань;
- потреба у спеціалізованому лікуванні та динамічному спостереженні.

Аналіз структури звернень показав, що найбільш поширеними є:

- порушення менструальної функції — 25–30 % випадків;
- запальні захворювання органів малого таза — 20–25 %;
- доброякісні гіперпластичні процеси (міома матки, гіперплазія ендометрію) — 15–20 %;
- клімактеричні розлади та дисгормональні стани — 10–15 %.

За результатами епідеміологічних досліджень у регіонах із тривалим впливом радіоекологічних факторів частота раку ендометрію становить у середньому 36,9 випадку на 100 тис. жінок, що на 4,3 % вище за середні показники популяції.

При цьому відносний ризик розвитку раку ендометрію у жінок, які проживають у несприятливих екологічних умовах, може становити $RR = 1,17$ (95% CI 1,08–1,27) порівняно з екологічно благополучними регіонами.

Кабінет лікаря-гінеколога консультативної поліклініки Чорнобильського диспансеру забезпечує надання повного спектра амбулаторної гінекологічної допомоги відповідно до сучасних клінічних протоколів. У роботі кабінету застосовуються сучасні підходи до профілактики, діагностики та лікування гінекологічних захворювань. Проводяться профілактичні огляди, консультації, діагностика та лікування патології шийки матки, запальних захворювань органів малого таза, порушень менструального циклу, а також спостереження пацієнток із різними гінекологічними станами.

Особлива увага приділяється ранній діагностиці патології шийки матки. З цією метою всім пацієнткам під час огляду проводиться кольпоскопічне дослідження, що дозволяє своєчасно виявляти передракові зміни та інші патологічні стани. Використання сучасних методів обстеження значно підвищує якість діагностики та сприяє ранньому виявленню захворювань, що є важливою складовою профілактики онкогінекологічної патології.

Протягом останніх двох років у закладі також впроваджено можливість проведення гістерорезектоскопії відповідно до клінічних протоколів. Даний малоінвазивний метод застосовується для діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрію, зокрема поліпів та гіперплазії ендометрію. Процедура виконується у хірургічному відділенні диспансеру, що дозволяє забезпечити пацієнткам сучасний рівень спеціалізованої допомоги та розширює можливості ефективного лікування гінекологічної патології.

Висновки:

1. Жінки, які перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих медичних закладах радіаційного захисту населення, характеризуються високою поширеністю гінекологічної патології.

2. У структурі захворюваності переважають дисгормональні порушення, запальні захворювання та доброякісні гіперпластичні процеси.

3. Своєчасні профілактичні огляди, цитологічний скринінг і ультразвуковий моніторинг дозволяють підвищити ефективність ранньої діагностики та покращити якість життя пацієнток.

4. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вдосконалення скринінгових програм та мультидисциплінарного підходу до медичного спостереження жінок групи радіаційного ризику.

АВАРІЯ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ ТА ВПЛИВ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: СТАН ОРГАНУ ЗОРУ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ

Плюшко С. М., Плюшко Р. І.
КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Екзистенційним залишається питання відновлення здоров'я населення. Існує ряд причин і факторів впливу, що спричиняють тимчасову, тривалу або незворотно втрату працездатності. Такими є екологічні, техногенні, воєнні фактори тощо. Особливо гостро постає питання техногенних катастроф в умовах війни. Враховуючи масштаби перерахованих загроз, а також, здебільшого, характерний для них полі-травматизм, важливо звернути увагу на можливі ризики для здоров'я населення. Напередодні 40-річчя з дня техногенної екологічно-соціальної катастрофи, що сталася на Чорнобильській атомній електростанції (АЕС), необхідно вкотре зауважити на проблематиці дослідження органічних і функціональних змін здоров'я людини. Згідно даних наукових праць з досліджуваної тематики, існує цілий спектр варіабельності ураження різних систем органів, зокрема органу зору. Око, що є найважливішим органом чуття, незважаючи на достатньо велику кількість ґрунтовних наукових досліджень, залишається не до кінця вивченим в контексті причино-наслідкових змін внаслідок впливу іонізуючого випромінювання. За результатами проведеного аналізу епідеміологічних і клінічних даних, а також ретроспективного аналізу наукових праць, зроблено висновок, що з точки зору гістології та патоморфології ступінь ураження окремо взятої тканини ока варіюється та наслідками може бути як деструкція склоподібного тіла, так і хронічний кон'юнктивіт тощо.

В ході наукового пошуку було виявлено відсутність достовірних даних про вплив порогової радіаційної дози, при якій відбуваються патологічні зміни кон'юнктиви, склистого тіла, судинного тракту, склери.

Досліджено, що у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС високий ризик виникнення інволютивних змін кута передньої камери (склероз трабекулярної зони, відкладення пігменту, наявність ексфолюативних часточок, звуження венозного синуса склери, тенденція до звуження кута передньої камери в окремих ділянках), що створює умови для розвитку відкритокутової глаукоми у віддаленому періоді. Оболонкою ока, що посідає друге місце за ураженням органу зору внаслідок іонізуючого випромінювання є сітківка.

Такий вплив може сприяти розвитку вікової макулярної дегенерації. В опромінених осіб і у осіб, які опромінені в ембріональному періоді спостерігається потовщення макулярної ділянки. Згідно з дослідженнями науковців вже через 35 років після опромінення ризик вікової макулярної дегенерації може досягати 60% в осіб із відносно невеликим дозовим навантаженням. Характерними ознаками ураження сітківки для постраждалих від радіаційного впливу є склеротичні, дистрофічні зміни сітківки.

Радіаційна катаракта це патологія органу зору, що найчастіше виникає у віддаленому періоді після впливу іонізуючого випромінювання. До характерних ознак розвитку належить поява невеликого помутніння під задньою капсулою кришталика та поліхроматична мінливість, поява точкових помутнінь по периферії. Спочатку спостерігаються крапкові субкапсулярні помутніння в ділянці заднього полюса кришталика, згодом вони набувають кільцеподібної форми, в свою чергу в задньому корковому шарі з'являються вакуолі. По мірі прогресування в задньому полюсі проектується щільне рефлектуюче при бічному освітленні помутніння з чіткими краями. Центральна частина помутніння менше, ніж по периферії. Як правило клінічну картину радіаційної катаракти розпізнають в початковій стадії. Важливо, що радіаційна катаракта може виникати як внаслідок значних доз, так і внаслідок радіаційного навантаження менше 1 Гр.

Отже, іонізуюче випромінювання здатне чинити негативний ефект на орган зору в розрізі переліку його оболонок. Найбільш достовірно вивченою патологією спричиненою впливом радіації у осіб, що постраждали від Чорнобильської катастрофи є радіаційна катаракта. Актуальною залишається проблематика дослідження кореляції ступеня радіаційного навантаження та ураження окремих тканин органу зору. Подальші когортні дослідження та вдосконалення системи офтальмологічного менеджменту вказаної в роботі категорії пацієнтів є вкрай необхідними для подальшого формування доказових лікувальних і профілактичних стратегій.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК КАТАСТРОФИ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Якименко Л.В.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Проміжок часу від аварії на ЧАЕС поділяється на два періоди: «йодний», що закінчився в червні 1986 року та «цезійний» – після 1986 року і буде діяти наступні 30-50 років.

Особливістю впливу радіаційного фактору на організм людини є те, що подіяло не лише зовнішнє опромінення, але відбулося накопичення радіонуклідів, що діє як внутрішній фактор протягом багатьох років.

Головне, що останні роки звертає на себе увагу – це збільшення кількості хворих з ураженням гепатобіліарної систем. У 2000 році хвороби жовчного міхура та печінки становили 26,3%, в 2020 році – 42,1%, 2025 – 49,9%. При даній патології є наявність діскінетичного синдрому. Його проявами можуть бути такі характерні порушення: головний біль, загальна слабкість, роздратованість, перепади артеріального тиску. Вегетативні порушення зумовлюють спазм сфінктера Одді, дуоденостаз та підвищення моторики 12-палої кишки, що призводить до дуоденально-гастрального рефлюксу, застою жовчі в жовчному міхурі.

Клінічна картина хронічного гепатиту, постраждалих від аварії на ЧАЕС обумовлена дією «малих доз радіації» та інкорпорованими радіонуклідами. На перший план у постраждалих виступає антено-вегетативний синдром, в ряді випадків має місце помірний диспепсичний синдром, помірний гепатомегалія, незначний цитолітичний синдром, незначна білірубінемія, гіперхолестеринемія.

Цироз печінки зустрічався в 2000 році – 1,3% діагнозів серед постраждалих, в 2020 році – 0,9%, а в 2025 – 0,81%. Статистичні дані вказують на динаміку поступового зниження показників цирозу печінки у хворих. Серед можливих причин – вибування за різних причин (міграція, смертність, тощо) із спостерігаемого контингенту осіб із даною патологією

В останній час у світі та в Україні є тенденція до збільшення захворювань підшлункової залози. Так, за даними реабілітаційного центру у 2000 році серед захворювань органів травлення ця патологія зустрічалась у 12,3% осіб, в 2020 році – 18,8%, у 2025 році – 18,9%.

Особливістю виразково-ерозивних процесів в шлунку та 12-палій кишці типовий больовий синдром у постраждалих на ЧАЕС зустрічається тільки у 5% хворих. Постраждалі мають нетиповий ритм та час виникнення болю, що зумовлено порушеннями декількох органів травлення одночасно та порушень з боку нервової системи.

Таким чином, можна зробити висновок, що спостерігаючи за контингентом, який постраждав від аварії на ЧАЕС не відмічається тенденція до зменшення захворюваності органів травлення. Водночас, має місце збільшення кількості уражень гепатобіліарної системи, хронічних гастритів з атрофічними змінами слизової оболонки та наявністю рефлексної хвороби.

Результатами моніторингу хвороб органів травлення осіб постраждалих від аварії на ЧАЕС узагальнювались фахівцями протягом останніх 20-30 років

на базі лікувального закладу - Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради.

ВІД ЧОРНОБИЛЯ ДО ВІЙНИ: ПОШУК БЕЗПЕЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЧЕРЕЗ МОДИФІКАЦІЮ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ

Палій І.Г., Капітун А.Г., Ксенчина К.В.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Населення України упродовж останніх десятиліть перебуває під впливом тривалих психотравмуючих факторів. В недалекому минулому катастрофа на Чорнобильській атомній електростанції 1986 року стала одним із перших масштабних чинників формування стійкого психоемоційного напруження. Початок повномасштабної війни значно посилив рівень стресового навантаження, що супроводжується зростанням поширеності тривожних і депресивних проявів, порушень сну, когнітивної втоми та соматичних скарг серед умовно здорового населення. У цих умовах особливої актуальності набуває пошук безпечних, доступних підходів до підтримки психічного благополуччя.

Сучасні дослідження демонструють, що кишкова мікробіота є ключовим регулятором метаболічних, імунних і нейробіологічних процесів, формуючи функціонування вісі кишечник-мозок. Дисбіотичні зміни асоціюються з підвищенням рівня тривожності, депресивними симптомами, когнітивними порушеннями та розладами сну. У зв'язку з цим зростає інтерес до психобіотичних підходів, зокрема до агентів на основі мікроміцетів, які розглядаються як потенційно безпечні засоби модулювання психоемоційного стану.

Мета: Оцінити вплив біокомплексу *Fusarium sambucinum* var. *ossicolum* ВСБ-917 на рівень тривожності, депресивні симптоми, якість сну у здорових добровольців.

Матеріали та Методи: Проведено рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження за участю 60 осіб, рандомізованих у групу втручання (n = 28) та групу плацебо (n = 32). Перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілка (Shapiro–Wilk test) показала, що розподіл віку учасників у обох групах відрізнявся від нормального (p < 0,05 для групи 1; p < 0,001 для групи 2). У зв'язку з цим для порівняння вікових характеристик між групами було застосовано непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Середній вік учасників у групі 1 становив 21,9 року (95 % ДІ: 21–22), у групі 2 – 22,0

року (95% ДІ: 21–22). Статистично значущих відмінностей між групами за віком не виявлено ($p = 0,75$), що свідчить про їхню порівнянність та однорідність на етапі включення в дослідження. Для статистичної оцінки застосовано дисперсійний аналіз із повторними вимірюваннями та аналіз респондентів. Всі пацієнти здійснювали два візити. Другий візит проводили через 4 тижні після початку прийому досліджуваного біокомплексу *Fusarium sambucinum* var. *ossicolum* ВСБ-917. Під час обох візитів учасники заповнювали той самий набір опитувальників (STAI, BDI, PSQI), що дозволяло оцінити зміну симптомів у динаміці.

Результати: Детальний аналіз змін показав, що в обох групах учасників спостерігалася клінічна нормалізація стану. Зокрема, середній бал за шкалою депресії Бека (BDI) у групі інтервенції знизився з рівня, що відповідає субклінічній депресії (12,61), до показників у межах норми (7,68). Подібна позитивна динаміка відзначалася й щодо якості сну за шкалою PSQI: середній бал у групі активного лікування знизився нижче порогового значення 5 балів, що свідчить про перехід від «поганої» до «задовільної» якості сну. Клінічно значущим результатом вважалось зниження рівня особистісної тривожності (STAI-T) на ≥ 5 балів. Такий ефект було зафіксовано у 46,4 % учасників групи інтервенції (13/28) порівняно з 25,0 % у групі плацебо (8/32).

Висновок: Отримані результати свідчать, що модифікація кишково-мозкової осі за допомогою біокомплексів на основі мікроміцетів може розглядатися як перспективний напрям підтримки психічного здоров'я у популяціях із субклінічними проявами хронічного стресу. В умовах тривалих соціальних криз, сформованих після Чорнобильської катастрофи та посиленних воєнними подіями, такі підходи можуть стати важливим компонентом профілактичних стратегій, спрямованих на зниження тривожності та покращення якості життя населення.

ДИНАМІКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС: ВИКЛИКИ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Капітанчук І.В., Луценко К.С., Дворовенко О.В.
КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Сьогодні оцінка психоневрологічного стану постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС потребує переосмислення, оскільки до радіаційного чинника додався потужний стрес-фактор повномасштабної війни. Клінічна картина ГПХ у віддалений період демонструє прогресуючий характер: від вегетативних розладів у перші роки до глибоких органічних уражень ЦНС через десятиліття. Найбільш поширеним залишаються цереброваскулярні захворювання

головного мозку, хвороба мілких судин, когнітивні розлади та ураження кістково-м'язевої системи з вираженим больовим синдромом, прояви яких прямо залежать від отриманої раніше дози опромінення та ураження лівої гемісфери мозку.

Аналіз медичних показників (за даними МОЗ та МНС України) демонструє невтішну статистику: у першій половині 2000-х років рівень неврологічних розладів серед потерпілих сягав 1091,7–1180 випадків на 10 тисяч осіб. Особливо критичним стало зростання вегетосудинної дистонії, частота якої з 1987 по 2005 рік підскочила у понад три рази. Для порівняння, загальнонаціональний рівень неврологічних хвороб у цей час становив близько 10%. Ще агресивніше розвивалися кардіологічні та цереброваскулярні патології — їхня поширеність зросла на неймовірні 521,4%. Хронічні судинні ураження мозку, зокрема дисциркуляторна енцефалопатія, стали масовим явищем, охопивши понад 6% населення.

Ці процеси суттєво деформували структуру інвалідності. Якщо на початку 90-х років основною причиною втрати працездатності були функціональні порушення нервової системи, то сьогодні на перше місце вийшли незворотні органічні ураження ЦНС (майже 78% випадків). Це свідчить про глибоку деструктивну дію радіації на головний мозок. Цереброваскулярні хвороби наразі є головним чинником первинної інвалідності серед ліквідаторів.

Ситуація значно ускладнюється в умовах повномасштабної війни в Україні. Сучасний воєнний стрес накладається на пострадіаційний анамнез, що створює ефект «подвійного удару». У пацієнтів із зафіксованою раніше хронічною ішемією мозку та церебральним атеросклерозом спостерігається різке прогресування симптомів. Поєднання віддалених наслідків опромінення з постійною тривогою та психотравмами воєнного часу пришвидшує нейродегенерацію та виснажує адаптивні ресурси організму.

Особливу групу ризику становлять особи, що перенесли гостру променеву хворобу. Після початкових вегетативних збоїв у них розвиваються органічні патології, де домінуючим є апатичний розлад особистості (F07.0 за МКХ-10). Дослідження підтверджують, що радіація вибірково вражає кортико-лімбічну систему та ліву півкулю мозку. В умовах сучасної війни ці пацієнти стають найбільш вразливими, адже їхня нервова система втрачає здатність адекватно реагувати на екстремальні зовнішні подразники, що вимагає негайного оновлення протоколів їхньої медико-психологічної реабілітації.

Основні підсумки досліджень наслідків Чорнобильської аварії:

1. Радіочутливість та стрес-індуковані зміни: Оскільки мозок (особливо неокортекс) є вкрай чутливим до іонізуючого випромінювання, поєднання

радіаційного анамнезу з бойовою травмою або постійними обстрілами пришвидшує нейродегенеративні процеси.

2. Актуальність захисту від радіаційних загроз: Повномасштабна війна та ризику на ядерних об'єктах України роблять створення національної системи охорони психічного здоров'я ще більш нагальним. Досвід Чорнобиля є базовим для підготовки до можливих сценаріїв застосування «брудної бомби» чи аварій у зонах бойових дій.

3. Синдром хронічної втоми та старіння: Поєднання малих доз радіації та екстремального воєнного стресу стає головним чинником ризику виникнення патологічної втоми та передчасного біологічного старіння населення.

4. Нижчі пороги вразливості: Встановлений поріг у 300 мЗв для дорослих може ставати критично нижчим за умов тотального виснаження організму війною.

5. Поглиблення ментальних розладів: Довгострокові ефекти, зафіксовані ООН ще у 2006 році, сьогодні підсилюються хронічним воєнним стресом. Це провокує рецидиви та загострення нейропсихіатричної симптоматики у ліквідаторів та евакуйованих осіб.

6. Психіатричні гіпотези: Діатезно-стресорна модель виникнення розладів спектра шизофренії сьогодні отримує нове підтвердження, де війна виступає як критичний зовнішній тригер для осіб із пострадіаційними змінами головного мозку.

НЕВРОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Соколовська К.Є.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Аварія на Чорнобильській атомній електростанції у 1986 році стала подією, наслідки якої медицина України продовжує осмислювати й сьогодні. Для спеціалізованих закладів, що здійснюють медичний супровід постраждалих, ця робота триває десятиліттями. Серед них особливе місце посідає і наш заклад, який забезпечує систематичне спостереження та лікування осіб, віднесених до чорнобильського контингенту.

Багаторічний клінічний досвід дозволяє зробити низку узагальнень щодо неврологічної патології у пацієнтів, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. У структурі звернень до невролога переважають:

- хронічні цереброваскулярні захворювання;
- когнітивні порушення різного ступеня;
- астенічні та астено-невротичні синдроми;
- вегетативні дисфункції;

- тривожно-депресивні розлади в поєднанні з органічною симптоматикою.

Особливістю пацієнтів чорнобильського контингенту є відносно раннє формування судинних змін головного мозку та їх прогресуючий перебіг. Навіть за відсутності грубого неврологічного дефіциту пацієнти часто скаржаться на зниження пам'яті, працездатності, підвищену втомлюваність, головний біль, емоційну лабільність. З роками, на тлі вікових змін, клінічна картина ускладнюється, а когнітивні розлади стають більш вираженими.

Досвід нашого центру базується на тривалому спостереженні за значною кількістю пацієнтів, що дозволяє відстежувати динаміку стану впродовж багатьох років. У клінічній практиці відзначаються такі закономірності:

- поєднання судинної патології з метаболічними та ендокринними порушеннями;
- висока частота коморбідності (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця);
- значний психоемоційний компонент у структурі скарг;
- поступове зростання частоти помірних когнітивних розладів у старших вікових групах.

Регулярне спостереження дає можливість своєчасно коригувати лікування, проводити профілактику судинних ускладнень, тим самим покращуючи якість життя пацієнтів.

На підставі клінічних спостережень можна припустити мультифакторний характер ураження нервової системи. Ймовірними механізмами є:

- радіаційно індуковані мікросудинні зміни;
- хронічна ішемія мозкової тканини;
- оксидативний стрес;
- порушення нейроендокринної регуляції;
- довготривалий психоемоційний вплив катастрофи.

У більшості випадків йдеться не про ізольоване ураження, а про комплексний патологічний процес. У нашому центрі застосовується мультидисциплінарний та комплексний підхід до ведення пацієнтів, який включає:

- контроль судинних факторів ризику;
- індивідуально підібрану нейрометаболічну, нейропротекторну та судинну терапію;
- корекцію тривожних і депресивних розладів;
- когнітивну підтримку;
- рекомендації щодо способу життя та психоемоційної стабілізації.

Важливу роль відіграє не лише медикаментозне лікування, а й тривала довіра між лікарем і пацієнтом. Для багатьох осіб наш заклад є місцем постійного медичного супроводу протягом десятиліть. Ми бачимо, як змінюється їхній стан, як роки накладають свій відбиток на здоров'я — і водночас намагаємося зберегти для них максимально можливу якість життя.

Неврологічна служба нашого центру представлена п'ятьма лікарями-неврологами, серед яких — завідувачка відділення з великим професійним досвідом. За роки роботи сформувався згуртований колектив однодумців, які не лише володіють сучасними знаннями, але й щиро віддані своїм пацієнтам.

У центрі функціонує сучасна діагностична база, зокрема виконується електронейроміографія, що дозволяє своєчасно та об'єктивно оцінювати стан периферичної нервової системи. Поєднання клінічного досвіду, інструментальної діагностики та уважного ставлення до кожної людини дає можливість досягати стабілізації стану пацієнтів, сповільнювати прогресування неврологічних розладів та підтримувати їхню соціальну активність.

Ми щиро пишаємося тим, що протягом багатьох років залишаємося для наших пацієнтів опорою, професійною підтримкою і, часто, джерелом віри в покращення. Багаторічна довіра людей є для нас найвищою оцінкою роботи.

**ПЛАНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ
СТІНКИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС**
Маркевич В.Ф., Лещенко Ю.М., Даценко А.В.
КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Ліквідатори аварії на ЧАЕС перебувають у групі підвищеного ризику розвитку грижі передньої черевної стінки через фізичні навантаження та наслідки професійної діяльності в умовах радіаційного забруднення.

Грижі передньої черевної стінки, включаючи парастомальні, можуть призводити до хронічного больового синдрому, порушення функції та косметичних дефектів. Планова хірургія із застосуванням сучасних методів грижесічення та грижепластики дозволяє ефективно відновлювати функцію черевної стінки навіть у невеликих хірургічних відділеннях.

Проаналізовано дані про 23 випадки лікування гриж передньої черевної стінки у пацієнтів-ліквідаторів аварії на ЧАЕС віком від 51 до 69 років. Серед 23 випадків переважали пахові грижі, які були виявлені у 14 осіб, що становило 60,9% від усієї групи. Пупкові грижі та грижі білої лінії живота спостерігалися у 9 пацієнтів, що відповідало 39,1% випадків. Щодо методів хірургічного лікування, у 4 пацієнтів виконували грижесічення з натягом власних тканин, тоді як 19 пацієнтів (82,6%) отримали грижепластику з сітчастим

ендопротезуванням. Післяопераційне спостереження тривало до 12 місяців і включало контроль можливих рецидивів та оцінку функціонального стану черевної стінки.

В усіх 23 випадках було успішно відновлено функцію передньої черевної стінки, при цьому у жодного з них не спостерігалось больового синдрому після операції. Повне відновлення забезпечило стабільну фізичну активність пацієнтів та дозволило їм повернутися до звичного способу життя без обмежень. Середній період перебування у стаціонарі різнився залежно від обраного методу хірургічного втручання. Пацієнти, яким проводилося грижесічення з використанням сітки для грижепластики, перебували у відділенні в середньому близько п'яти днів, що свідчить про швидку післяопераційну реабілітацію та мінімальну травматичність процедури. Для тих, хто отримував традиційне грижесічення з натягом власних тканин, термін госпіталізації був трохи довшим — у середньому шість днів, що відображає необхідність більш тривалого відновлення після втручання без використання сітки.

Проведені спостереження свідчать, що грижесічення та грижепластика є високоефективними методами лікування гриж передньої черевної стінки у ліквідаторів аварії на ЧАЕС. Застосування сітчастого ендопротезування дозволяє скоротити термін перебування пацієнтів у стаціонарі та забезпечує стабільне відновлення функції черевної стінки, що сприяє швидшій реабілітації та поверненню до повсякденної активності. Навіть у умовах невеликих хірургічних відділень планове оперативне втручання демонструє високий рівень безпеки та ефективності, дозволяючи досягти повного відновлення пацієнтів та значного покращення їх якості життя.

ОКЛЮЗІЙНО - СТЕНОТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕРЕФЕРІЙНИХ СУДИН У ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС

Шевчук М.І.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Чотири десятиліття віддаляє нас від того часу коли сталася аварія на Чорнобильській атомній електростанції. Ця подія створила унікальний прецедент необхідність надання амбулаторної допомоги людям, які мали контакт з іонізуючим випромінюванням, а також необхідність оцінки стану їх здоров'я з точки зору медико-соціальної експертизи та надання необхідного лікування. На сьогоднішній день наймолодшим ліквідаторам які приймали участь в ліквідації аварії на ЧАЕС виповнилось 60 років. З кожним роком все

менше і менше їх залишається серед живих. Але їхня праця у ліквідації аварії залишиться в наших серцях ще багато років.

Однією із систем яка вражається при дії іонізуючого випромінювання, є периферійні судини. При попаданні в організм довго живучих радіонуклідів Цезію-137 та Стронцію-90 вражається ендотелій судин. Що призводить до виникнення оклюзійно-стенотичних захворювань судин кінцівок. Серед 1956 хворих, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС та звернулись на амбулаторний прийом до хірурга в 2025 році, патологія периферійних судин виявлена у 518 хворих, що складає-26,4%. Цей показник значно збільшився в порівнянні з 2015 роком -17,2%.

Структура захворюваності патології:

Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок -193 хворих (37,3%)

Синдром Рейно - 164 хворих (31,5%)

Ангіотрофоневроз кінцівок 139 хворих (26,9%)

Облітеруючий ендартеріїт 22 хворих (4,2%)

Серед категорій розподілились таким чином:

Ліквідатори 212 хворих.

Евакуйовані 46 хворих.

Проживаючі на території радіоекологічного контролю 260 хворих.

Вікова структура: найбільша кількість хворих серед постраждалого контингенту у яких вперше виникло захворювання припадає на вік 41-60 років (41%), тоді як у решти населення виникнення цієї патології припадає на вік 61-70 років. Близько 14,5% цих захворювань серед постраждалих припадає на вік 41-50 років.

Ці дані показують, що патологія периферійних судин вперше виникла у хворих, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС в більш молодому віці.

Всім хворим, які звертались за допомогою, для встановлення або підтвердження діагнозу було проведено комплексне обстеження згідно протоколів, а при необхідності діагноз підтверджувався консультативним висновком судинного хірурга обласної лікарні.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновки:

1. Виникнення облітеруючих захворювань кінцівок що вражають хворих, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС в більш молодому віці 41-60 років, тоді як у решти населення ця патологія припадає на вік 61-70 років.

2. В структурі патології периферійних судин перше місце займає облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок.

3. Серед контингенту постраждалих найбільше хворих було серед ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО РИНИТУ: ПІДСЛИЗОВА ВАЗОТОМІЯ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ

Кот Л.В.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Гіпертрофічний риніт є досить поширеним захворюванням, що характеризується поліетіологічним походженням. У випадках, коли консервативні методи лікування не дають бажаного результату, для патогенетичної терапії застосовують хірургічні способи впливу на судини слизової оболонки носових раковин, найчастіше нижніх. До найуживаніших методів належать підслизова вазотомія із використанням скальпеля та распатора, електрокаутеризація, ультразвукова дезінтеграція, кріодеструкція слизової оболонки (як поверхнева, так і внутрішньослизова), а також радіохвильова хірургія. Кожен із цих методів має свої переваги та недоліки. Серед недоліків — ризик післяопераційних носових кровотеч і можливий негативний вплив на мукоциліарний транспорт через пошкодження епітеліального шару безпосередньою дією інструментів або застосуванням носових тампонів.

Мета дослідження полягала у створенні ефективного, максимально функціонального та безпечного хірургічного способу лікування гіпертрофічного риніту.

Матеріали та методи. З метою зменшення діаметра судин і руйнування м'яких тканин підслизового шару носових раковин нами було запропоновано метод підслизової вазотомії із використанням високочастотної коагуляції. Такий підхід призводить до часткового руйнування судинної мережі та одночасно забезпечує гемостатичний ефект. Оскільки основний вплив здійснюється саме в підслизовому шарі, ушкодження епітеліального покриву є мінімальним.

Реалізація цього методу стала можливою завдяки застосуванню високочастотного апарата ЕХВЧ-200 «Надія-4» з частотою вихідного струму 1760 кГц. Високочастотний струм подається в підслизовий шар нижньої носової раковини через монополярний електрод, що спричиняє коагуляцію білкових структур, тобто їх згортання.

Оперативне втручання може виконуватися в амбулаторних умовах. Перед процедурою проводять премедикацію (атропін 0,5 підшкірно) та місцеве знеболення слизової оболонки носових раковин (аплікаційне і інфільтраційне).

Під час операції використовують потужність апарата: у режимі різання — 40 одиниць, у режимі коагуляції — 20 одиниць (змішаний режим). За допомогою монополярного електрода з голчастим наконечником виконують 2–4 паралельні проколи у верхній, медіальній та нижній ділянках нижньої носової раковини по всій її довжині. Маніпуляцію здійснюють під візуальним контролем.

Після втручання пацієнт перебуває під наглядом протягом 30 хвилин, під час чого проводять контрольну передню риноскопію та орофарингоскопію; за потреби виконують анемізацію слизової оболонки носової порожнини. Якщо стан пацієнта задовільний, його відпускають додому. Упродовж трьох днів рекомендується уникати фізичних навантажень, перегрівання та вживання алкоголю. Для прискорення відновлення слизової оболонки призначають масляні краплі в ніс. Повторний огляд проводять наступного дня. У післяопераційний період утворення кірок на слизовій оболонці носових раковин зазвичай незначне, а терміни відновлення працездатності є мінімальними.

Результати та їх обговорення. У період з 2018 по 2021 рік за запропонованою методикою було проліковано 29 пацієнтів віком від 16 до 65 років із гіпертрофічним ринітом тривалістю понад один рік. Діагноз встановлювали на основі скарг хворих, анамнезу захворювання, загального та оториноларингологічного огляду, лабораторних досліджень, а в окремих випадках — рентгенологічного обстеження. У всіх пацієнтів було виявлено значне порушення функції носового дихання з типовими місцевими та загальними проявами гіпертрофічного риніту. В анамнезі кожного хворого були багаторазові курси консервативної терапії, які давали лише короточасний ефект або взагалі не приносили покращення. Ефективність запропонованого лікування оцінювали за суб'єктивними відчуттями пацієнтів, змінами риноскопичної картини та показниками функціонального стану носа. Уже через тиждень після операції більшість пацієнтів відзначали поступове відновлення носового дихання. Контрольні обстеження проводили через один місяць після лікування, а у частини пацієнтів — у віддалені строки (через 1–1,5 року). Застосування запропонованої методики забезпечило позитивний результат у 96,5% випадків як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді.

Висновки. Запропонований метод підслизової високочастотної вазотомії носових раковин є ефективним способом лікування гіпертрофічного риніту. Під час операції зберігається епітеліальний шар слизової оболонки носових раковин, що дозволяє уникнути негативного впливу на мукоциліарний транспорт. Дане оперативне втручання може виконуватися як самостійний метод лікування або поєднуватися з операціями на носовій перегородці та в приносних пазухах.

АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ІМПЛАНТАЦІЇ В ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО БУГРА У ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЄЮ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА БЕЗ СИНУС-ЛІФТИНГУ

Буткалюк І.Д., Буткалюк Д.І.
КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Застосування дентальної імплантації у пацієнтів із дистально необмеженими дефектами зубних рядів розглядається як один із найбільш ефективних сучасних методів ортопедичного лікування. Однак у клінічній практиці нерідко виникають труднощі, пов'язані з анатомо-морфологічними особливостями верхньої щелепи. Зокрема, виражена атрофія альвеолярного відростка та значна пневматизація верхньощелепної пазухи можуть обмежувати можливість встановлення дентальних імплантатів у бічних відділах верхньої щелепи.

Традиційним і широко застосовуваним методом підготовки кісткової тканини в подібних клінічних ситуаціях є операція синус-ліфтингу, яка передбачає підняття дна верхньощелепної (гайморової) пазухи з метою збільшення об'єму кісткової тканини для подальшої імплантації. Разом із тим, при значному ступені атрофії кісткової тканини, коли висота альвеолярного відростка під дном верхньощелепної пазухи становить лише 2–3 мм, ефективність кістково-пластичних втручань може знижуватися, а ризик післяопераційних ускладнень, за даними різних авторів, досягає близько 10%.

Крім того, значна частина пацієнтів негативно сприймає необхідність проведення синус-ліфтингу через високу вартість оперативного втручання, його інвазивність, а також подовження загального терміну лікування. Проведення кісткової аугментації суттєво збільшує тривалість реабілітаційного періоду та відтерміновує встановлення ортопедичних конструкцій, що не завжди відповідає очікуванням пацієнтів. У результаті частина осіб, які потребують імплантологічного лікування, відмовляється від хірургічних втручань і обирає альтернативні методи ортопедичної реабілітації, зокрема знімне протезування.

За даними клінічних спостережень, серед пацієнтів закладу віком 55–70 років, які звертаються з приводу дистально необмежених дефектів зубних рядів верхньої щелепи, приблизно у 30–35% випадків виявляється виражена атрофія альвеолярного відростка, що ускладнює проведення стандартної імплантації. Водночас близько 20–25% пацієнтів відмовляються від операції синус-ліфтингу через фінансові або психологічні причини.

У випадках значної атрофії кісткової тканини альтернативним підходом може бути встановлення дентальних імплантатів у ділянці верхньощелепного бугра. Використання цієї анатомічної зони дозволяє сформувати дистальну

опору для мостоподібних ортопедичних конструкцій із фіксацією на дентальних імплантатах без необхідності проведення кісткової аугментації.

Застосування даної методики сприяє зменшенню інвазивності хірургічного втручання, скороченню термінів лікування та зниженню його вартості. За результатами клінічних спостережень у стоматологічних клініках Вінницької області, використання імплантації в ділянці верхньощелепного бугра дозволяє скоротити загальну тривалість лікування приблизно на 3–4 місяці порівняно з методикою синус-ліфтингу та знизити витрати на лікування в середньому на 20–30%.

Таким чином, імплантація у ділянці верхньощелепного бугра може розглядатися як ефективна альтернатива традиційним кістково-пластичним методам при значній атрофії альвеолярного відростка верхньої щелепи, забезпечуючи можливість повноцінної ортопедичної реабілітації пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Повshedна Г.П., Пташник Н.П., Савенко В.С.

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Упродовж п'ятирічного періоду в КНП «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради» проходили лікування пацієнти з числа постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Особливістю даних пацієнтів була наявність вираженої коморбідної патології, зокрема ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, захворювань бронхолегеневої системи тощо. У значної частини пролікованих також діагностовано патологію опорно-рухового апарату та периферичних судин, що обґрунтовувало необхідність включення до програм реабілітації сучасних методів апаратної фізіотерапії:

- електролікування;
- низько- та високоінтенсивної лазеротерапії (HILT);
- низько- та високоінтенсивної магнітотерапії (SIS);
- ультразвукової терапії;
- контактної діатермії (TR-Therapy);
- апаратного масажу стоп (СЦЕК).

Застосування зазначених фізіотерапевтичних методик дозволило диференційовано формувати індивідуальні програми реабілітації з урахуванням

структури коморбідної патології. За суб'єктивною оцінкою пацієнтів та клінічними спостереженнями медичного персоналу, впровадження сучасного обладнання сприяло швидшому відновленню функціонального стану та покращенню якості життя.

Аналіз структури супутньої патології серед пролікованих пацієнтів показав переважання таких нозологій:

- остеохондроз - 31 пацієнт;
- гонартроз - 13;
- коксартроз - 6;
- облітеруючий атеросклероз - 6;
- посттравматичні контрактури - 3;
- діабетичні ангіопатії - 2.

Індивідуалізоване застосування сучасних фізіотерапевтичних методів у комплексній реабілітації постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС із коморбідною патологією є доцільним та клінічно ефективним підходом, що сприяє підвищенню функціональної спроможності пацієнтів і покращенню їхньої якості життя.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Повshedна Г.П., Пташник Н.П., Савенко В.С

КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Наслідки впливу навіть малих доз іонізуючого випромінювання сприяють формуванню коморбідних станів у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильська АЕС, що проявляється поєднанням серцево-судинної, гастроінтестинальної патології та больових синдромів з боку опорно-рухового апарату і периферичних судин.

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування фізіотерапевтичних чинників: низько- та високоінтенсивної лазеротерапії (НІЛТ), низько- та високоінтенсивної магнітотерапії (SIS), ультразвукової терапії, контактної діатермії (TR-Therapy), апаратного масажу ступнів (СЦЕК) у комплексному консервативному лікуванні ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС із коморбідними станами.

У сучасній фізіотерапії комплекс апаратів BTL (Велика Британія) займає провідне місце серед виробників високотехнологічного медичного обладнання. У лікуванні застосовували: низькоінтенсивний лазер BTL-41 Premium, високоінтенсивний лазер BTL-6000 High Intensity Laser 30 W,

низькоінтенсивний магніт SIS (BTL-6000 Super Inductive System), апарат ультразвукової терапії BTL-4710 Premium.

У 2025 році в кабінеті електролікування проліковано 67 ліквідаторів I-II категорій віком 60-80 років. Фізіотерапевтичні процедури застосовувалися як складова комплексного лікування та підбиралися індивідуально відповідно до нозологічних груп (зокрема при остеохондрозі – поєднання лазеротерапії та магнітотерапії SIS). Оцінювання ефективності проводили за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), гоніометрією, мануальним м'язовим тестуванням (ММТ) та шкалою Бартела.

За результатами анкетування відзначено покращення якості життя пацієнтів: зменшення больового синдрому, покращення рухливості та повсякденного функціонування; більшість респондентів оцінили ефект лікування як «добрий» та «дуже добрий», що підтверджує доцільність включення сучасних апаратних методів фізіотерапії у комплексну реабілітацію ліквідаторів із коморбідною патологією.

РОЗДІЛ III. ІСТОРИЧНИЙ НАРИС: 30 РОКІВ СЛУЖІННЯ



Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення (ВОСКДРЗН) створений відповідно до розпорядження Вінницької обласної державної адміністрації 24.04.1996 року до десятої річниці з дня аварії на Чорнобильській АЕС.

Диспансер на той час був сучасним лікувальним закладом третинного рівня зі стаціонаром на 100 ліжок та консультативною поліклінікою на 135 відвідувань, в якій ведуть прийом спеціалісти з понад 20 спеціальностей.

На диспансер було покладено також ведення обласної бази, контроль за районними та передача в Державну базу даних Національного реєстру постраждалих.

Він став організаційно-методичним центром з питань медико-санітарного забезпечення осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та порівняних до них учасників випробувань ядерної зброї, навчань з її застосуванням, потерпілих від інших ядерних аварій та інші.

Історія закладу характерна для більшості аналогічних в Україні, створених на базі закладів лікувально-санаторного управління бувшого МОЗ УРСР.

Умовно її можливо поділити на 4 періоди:

- заклад лікувально-санаторного управління;
- обласна лікарня №2;

- обласний спеціалізований диспансер (згодом клінічний) радіаційного захисту населення;
- обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення.

Заклад створено в 1936 році, як поліклініку IV лікувально-санаторного управління МОЗ УРСР для лікування працівників партійних та радянських органів, учасників революції та громадянської війни, директорів заводів, інших категорій державних службовців, наукових працівників і та інші.

Поліклініка територіально розміщувалась поряд з обласним комітетом комуністичної партії та виконкому обласної ради – на вулиці 9 січня, тепер архітектора Артинова. Функцією було надання амбулаторно-поліклінічної допомоги перерахованим вище контингентам.

В історії самого закладу чітко виділяються також 4 основні періоди:

- довоєнний;
- післявоєнний;
- епоха перебудови
- реформування охорони здоров'я.

Під час Великої Вітчизняної війни заклад відновив свою роботу в 1944 році, буквально з 27 березня в якості поліклініки.

Відповідно до наказу №1 від 27 березня тимчасово виконуючою обов'язки зав. поліклінікою призначена Хмелевська А., лікар-стоматолог.

З 6 квітня зав. поліклінікою призначено Фішера Д.В. (наказ Вінницького облздороввідділу №7 від 5 квітня 1944 р.), якого 26 квітня на цій посаді змінив лікар Козловський Нікон Олександрович (наказ Вінницького облздороввідділу №20 від 25 квітня 1944 р.), згодом лікар Аксельруд А.Л. (наказ Вінницького облздороввідділу №59 від 7 липня 1944 р.).

З 5 листопада 1944 року встановлена посада головного лікаря обласної поліклініки лікувально-санаторного управління на яку призначена лікар Анукер Р.Я. (наказ Вінницького облздороввідділу №115 від 23.11.1944 р.).

З 15 червня 1945 року головним лікарем поліклініки призначений Солітерман Л.І. (наказ Вінницького облздороввідділу №108 від 13.06.1945 р.), з 01.02.1946 р. Гуревич Є.І. (наказ Вінницького облздороввідділу №24 від 09.02.1946 р.)

Стаціонар лікувально-санаторного управління на 50 ліжок функціонував з липня 1945 року. Він розміщувався на вул. Котовського (нині Грушевського).

Головний лікар стаціонару призначався окремо.

Першим головним лікарем стаціонару був Солітерман Лазар Ізраїлевич, який деякий час поєднував цю посаду з посадою головного лікаря поліклініки.

В травні 1948 року поліклініка і стаціонар лікувально-санаторного управління об'єднані в один заклад, який очолив Солітерман Л.І.



Солітерман Лазар Ізраїлевич

Він і є фактично першим головним лікарем закладу. Його на цій посаді змінив Московко Петро Титович в 1965 році, який в 1955 році, після закінчення медінституту був призначений зав. поліклінікою ЛСУ.



*Пастушенко Тамара Арсентіївна, Клюкіна Людмила Миколаївна,
Московко Петро Титович, Шрамко Валентина Володимирівна, Трофимчук
Ольга Демянівна, Воронюк Галина Григорівна, Щербатюк Жанна
Олександрівна*

Реорганізація в 1991 році в обласну лікарню №2 (як і в деяких інших областях) дозволила продовжити на деякий період попередні функції, але лише на 5 років. Крім працівників партійних і радянських органів, заслужених працівників різних галузей народного господарства, Героїв Великої Вітчизняної війни і Соціалістичної праці для обслуговування обласною лікарнею №2 були закріплені біля 2-х тисяч населення міста з прилеглих територій.

В 1993 році головним лікарем закладу був призначений Маначин А.С.

З ним заклад увійшов в період перебудови – складний, як для держави, так і для диспансеру.



Маначин Анатолій Степанович

В 1996 році наступив третій період в історії закладу як диспансеру радіаційного захисту населення. Аварія на Чорнобильській АЕС 26 квітня 1986 року увійшла в історію нашої цивілізації сумною і трагічною датою. Вона порушила фундаментальні підвалини людства в екологічному, соціальному, економічному і медичному аспектах.

Проблеми, які вона породила, з роками не стихають. Вони трансформуються в інші форми, а деякі, насамперед соціальні, екологічні та медичні – загострюються. Хоча це розуміють не всі, і що особливо непокоїть – не всі державні діячі та урядовці.

Після відновлення Незалежності України, державою було створено та упорядковано функціональну систему медичного забезпечення постраждалих, яка включає надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, проведення щорічних медичних оглядів (диспансеризацій), експертиз щодо встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності та смерті з дією іонізуючого

випромінення та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, розвиток та функціонування Державного реєстру постраждалих осіб, соціально-психологічну реабілітацію, тощо.

Серед перших спеціалізованих медичних закладів, які були створені для вирішення медичних проблем аварії були Науковий Центр радіаційної медицини (УНЦРМ) та Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення.

Центр почав функціонувати уже з 1 жовтня 1986 року і став головною установою в Україні з медичних проблем Чорнобильської катастрофи та з питань радіаційної гігієни.

Протягом наступних років в різних областях України, перш за все тих території яких зазнали радіаційного забруднення, були створені обласні спеціалізовані диспансери радіаційного захисту населення.

У Вінницькій області це питання впродовж довгого часу не вирішувалось, хоча неодноразово піднімалось, як громадськістю, зокрема обласною організацією «Союз Чорнобиль України» (голова Войтов В.В.), так і в апараті обласного управління охорони здоров'я начальником другого відділу Буткалюком Д.Д.

Головною проблемою була відсутність відповідної матеріальної бази.

В 10 річницю Чорнобильської катастрофи склались сприятливі умови, що привели до прийняття рішення про створення диспансеру.

Передували цьому наступні обставини. Для участі в роботі підсумкової за 1995 рік колегії управління охорони здоров'я прибула народний депутат України Марковська Н.С. В роботі колегії прийняв участь голова на той час обласної державної адміністрації Мельник М.Є.

Начальник другого відділу управління охорони здоров'я Буткалюк Д.Д. та працівники управління у справах захисту населення від наслідків аварії на ЧАЕС (Бондар В.І., Сіньковський В.М.) вийшли з клопотанням перед народним депутатом Марковською Н.С., щоб вона у виступі на колегії підняла питання і внесла пропозицію про створення диспансеру для лікування чорнобильців на базі обласної лікарні № 2. Цю пропозицію активно підтримав начальник управління охорони здоров'я Приходський О.О.

Пропозиція була об'єктивно прийнята головою облдержадміністрації Мельником М.Є. і уже на засіданні колегії він пообіцяв свою допомогу.

Відтак 14 березня (вих. №327) був підготовлений лист на ім'я голови облдержадміністрації Мельника М.Є. за підписом начальника управління охорони здоров'я Приходського О.О., начальника у справах захисту населення від наслідків аварії на ЧАЕС Буряченка В.Г. та голови обласної організації «Союз Чорнобиль України» Войтова В.В., де зокрема говорилось:

“Відсутність спеціалізованого закладу веде до розпорошення зусиль і коштів, не дає можливість сконцентрувати підготовлені кадри та необхідне оснащення, кошти на придбання якого виділяються МінЧорнобилем України.

Матеріально-технічна база обласної лікарні №2 дозволяє перепрофілювати її під спеціалізований заклад.

Створення диспансеру для обслуговування постраждалих від чорнобильської катастрофи доцільно було приурочити до 26 квітня, тобто десятиріччя з дня трагедії”.

24 квітня 1996 року (за №215) було видано Розпорядження облдержадміністрації «Про реорганізацію обласної лікарні №2 в диспансер радіаційного захисту населення».

27 травня був виданий відповідний наказ управління охорони здоров'я, а з 31 травня – по диспансеру.

Постановою Кабінету Міністрів України від 4 жовтня 1996 року № 1218 та наступним наказом МОЗ України від 30.10.1996 року №335 диспансер був включений в число спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

З вересня 2001 року на базі диспансеру розташовано кафедру внутрішньої медицини медичного факультету №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова, яку очолив доктор медичних наук, професор Жебель В.М.. Працівники кафедри почали приймати активну участь в діагностично-лікувальному процесі практично у всіх відділеннях лікарні. Наказом МОЗ України від 04.04.2002 р. №133 диспансеру надано статус клінічного лікувально-профілактичного закладу і за рішенням №219 5 сесії 4 скликання Вінницької обласної Ради від 17 січня 2003 року наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 05.05.03 р. №185 диспансер перейменовано в обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення.



3 серпня 2008 року диспансер очолив новий головний лікар Василь Григорович Даценко, кандидат медичних наук, згодом Заслужений лікар України.



Даценко Василь Григорович

З цього часу заклад докорінно змінився, як щодо стану матеріально-технічної бази, умов перебування хворих та праці персоналу, лікувально-діагностичного процесу, організаційно-методичної роботи та виїзної консультативної.

В лікувально-діагностичний процес щорічно впроваджується більше 50 нових методик та діагностичних процедур.

Представлені технології діагностики та лікування – це був шлях до вдосконалення якості надання сучасної спеціалізованої медичної допомоги постраждалим від Чорнобильської катастрофи.

Диспансер регулярно співпрацював з представниками Державного фармакологічного центру МОЗ України щодо обміну інформацією про дії лікарських засобів. Проводився щорічний моніторинг та розгляд випадків побічної дії лікарських засобів, контроль їх безпечного застосування.

На той час це був сучасний заклад третинного рівню укомплектований професійними кадрами та відповідним оснащенням, здатний забезпечити відповідний рівень медичної допомоги.

В диспансері вперше в області в 1992 році був встановлений комп'ютерний томограф, який впродовж довгого часу дав можливість якісного

обстеження головного мозку, внутрішніх органів за наявності морфологічних змін.

Вперше в області з грудня 1997 року розпочато виконання малоінвазивних лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини, яких на даний час виконано понад 4000.

З 2019 року диспансер розпочав підготовку до функціонування у мовах реформи галузі охорони здоров'я.

Відбулась автономізація закладу- зміна організаційно-правової форми з комунальної установи на комунальне некомерційне підприємство. Це обов'язкова умова, оскільки лише заклади у статусі комунальних некомерційних підприємств мали право укласти договори з Національною службою здоров'я України та отримувати пряму оплату з державного бюджету від Національної служби здоров'я України. Комунальні некомерційні підприємства мають право на отримання податкового статусу неприбутковості, тобто метою їхньої діяльності є не отримання прибутку, а надання послуг з охорони здоров'я населенню.

Отримано нову ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та інші ліцензії, необхідні для надання медичних послуг пацієнтам за договором з НСЗУ.

Комп'ютеризовано робочі місця медичного персоналу КНП «ВОСКДРЗН ВОР» та підключено до локальної мережі. Оплата НСЗУ як замовника послуг відбувалась як за бюджетом, так і за пролікований випадок, оцінка якого здійснюється на підставі аналізу звітних форм.



При цьому важливим є правильне кодування діагнозів і всіх інтервенцій. При співпраці з НСЗУ ключовим моментом є вчасність подання інформації за пролікованими випадками. Тобто, інформація про виписаних хворих повинна вноситись в медичну інформаційну систему в режимі реального часу.

Підключено підприємство до системи E-HEALTH - кожне робоче місце закладу охорони здоров'я підключено до медичної інформаційної системи (МІС), яка інтегрована до загальнодержавної електронної системи охорони здоров'я. E-Health складається з двох взаємопов'язаних частин, одну з яких — центральну базу даних — контролює держава. Заклади отримують доступ до неї через другу частину — медичні інформаційні системи (МІС), розроблені приватно. Медичні заклади можуть обирати будь-яку МІС з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента електронної системи охорони здоров'я. Від розробників МІС вимагається суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з центральною базою даних.

Впроваджено документи згідно з яким підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів – фінансовий план. Порядок складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану визначається локальним актом власника – Вінницької обласної Ради

Укладення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій відбулось з 01.04.2020 р., медична субвенція на фінансування лікувально-профілактичних закладів була замінена на фінансування від Національної служби здоров'я України за такими напрямками:

- Амбулаторна медична допомога дорослим, включаючи медичну реабілітацію та ургентну стоматологічну допомогу
- Стаціонарна допомога дорослим з нехірургічними захворюванням
- Паліативна допомога дорослим і дітям, які знаходяться вдома
- Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням скелетно-м'язової системи
- Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я у серпні 2020 р. відбувся конкурс на зайняття вакантної посади директора комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради». Вперше до складу конкурсної комісії входили представники засновника диспансеру, представники трудового колективу та громадських організацій, обраних шляхом

жеребкування. За клопотанням конкурсної комісії 29 вересня 2020 р. на посаду директора диспансеру було призначено Голодюк Світлану Михайлівну.



Голодюк Світлана Михайлівна

З цього часу заклад набуває в більш повному значенні статус спеціалізованого по обслуговуванню окремих контингентів (а не за нозологічними ознаками) як інші.

Згідно рішення обласної Ради диспансер є правонаступником усього майна, прав та обов'язків Вінницького обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру припиненого шляхом приєднання до Вінницького обласного спеціалізованого клінічного диспансеру радіаційного захисту населення. Нині диспансер забезпечує систематичний огляд та лікування спортсменів Вінниччини та осіб, які займаються фізичною культурою та спортом.

І в подальшому заклад продемонстрував здатність до організаційних, функціональних, методичних, професійних змін для виконання завдань, які актуалізувались відповідно вимогам на державному рівні.

В умовах пандемії Covid-19 було обмежено консультативний прийом та госпіталізацію пацієнтів у плановому порядку до всіх лікувально-профілактичних закладів та підприємств області.

Враховуючи виробничу неможливість обладнати лікарню для лікування пацієнтів, уражених вірусом SARS-Cov-2, колектив диспансеру ухвалив

рішення першими в Україні опрацювати та впровадити новий напрямок в охороні здоров'я - доліковування та медична реабілітація постковідних пацієнтів.



Диспансер зайняв свою нішу серед міських та обласних лікарень, станом на перший квартал 2021 року консультативно-діагностичні підрозділи та стаціонарні відділення були повністю завантажені, що свідчило про чималий попит на пропоновані послуги.



4 березня 2021 р. в рамках робочої поїздки диспансер відвідав міністр охорони здоров'я України Максим Володимирович Степанов. Урядовець відзначив новаторський та професійний підхід при започаткуванні нового

напрямку у диспансері – медичної реабілітації пацієнтів після перенесеного вірусу SARS-Cov-2. За підсумками зустрічі представників диспансеру було включено до складу робочої групи Міністерства охорони здоров'я України щодо напрацювання пакету медичних послуг «Медична реабілітація пацієнтів з ускладненнями після вірусу SARS-Cov-2» в рамках «Програми медичних гарантій – 2021»



*Зустріч колективу диспансеру з Міністром охорони здоров'я України
Максимом Степановим*

Робота за цим напрямом продовжувалась весь період епідемії за визначеними наказами ДОЗ та Р ОДА маршрутами пацієнтів.

Деякий час частина підрозділів з метою мінімізації поширення коронавірусної інфекції були переведені на режим простою

Вільні з цієї причини спеціалісти були переведені в інші підрозділи, або знаходились у відпустці з оплатою 2/3 посадового окладу.

Частина спеціалістів працювала дистанційно зі збереженням середнього окладу.

Була організована ефективна робота по вакцинації проти COVID з щоденним контролем охоплення співробітників, також була створена вакцинальна бригада диспансеру, яка проводила роботу в пунктах щеплення, зокрема в адміністративній будівлі за адресою Хмельницьке шосе, 7.

Вакцинація проводилась вакцинами, придбаними за бюджетні кошти, отримані за розподілом ДОЗ та Р ОДА.

Деякі заходи протиепідемічної роботи щодо запобігання поширення та ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, пов'язаної із поширенням коронавірусної хвороби Covid-19 були скасовані в липні 2020 року наказом

диспансеру на виконання Розпорядження керівника робіт з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру Державного рівня.

З 3 листопада 2021 року в закладі була упорядкована робота за програмою медичних гарантій.

Відповідно до Постанови КМУ від 25 квітня 2018 р. №410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (зі змінами) був виданий наказ по диспансеру №153 «Про організацію роботи по укладанню договорів з НСЗУ та виконанню їх умов», яким були визначені відповідальні за напрямками робіт, наявність необхідного обладнання, залучення до надання медичних послуг інших суб'єктів господарювання, своєчасне внесення даних до електронної системи, медичної документації.

В серпні цього ж року була створена Опікунська Рада підприємства.

В травні-серпні 2023 року проведена робота по упорядкуванню та використанню в роботі клінічних протоколів, уніфікованих клінічних протоколів та настанов.

В листопаді 2021 року створено комунальне некомерційне підприємство «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради».

В жовтні 2022 року в диспансері наказом №130 був створений відділ інфекційного контролю, затверджена його структура, штатний розпис, Положення, посадові інструкції працівників.

Наказом №132 були затверджені заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, порядок проведення рутинного епідеміологічного нагляду за інфекціями, що пов'язані з наданням медичної допомоги, критерії визначення випадків інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та антимікробної резистентності, інструкцію з впровадження адміністрування антимікробних препаратів та інструкцію з впровадження покращення гігієни рук.

Наступними наказами була створена міждисциплінарна робоча група з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, розроблені і затверджені алгоритм застосування антимікробних лікарських засобів та перелік антимікробних препаратів, які використовуються в закладі.

Одним із стратегічних напрямів розвитку закладу стало впровадження системи управління якістю стосовно надання послуг у сфері охорони здоров'я.

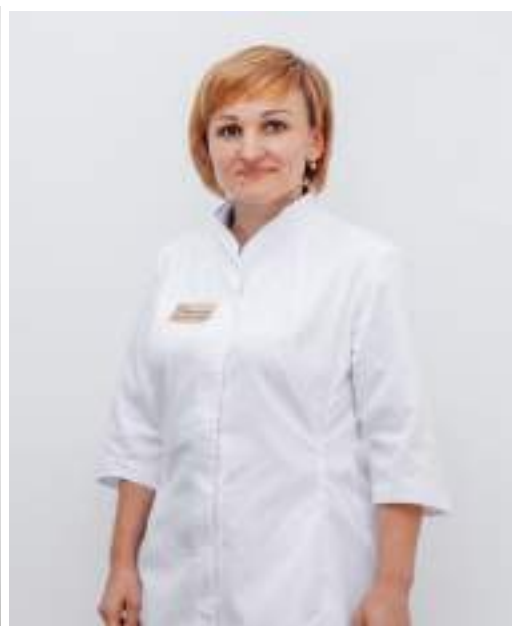
З метою забезпечення відповідності діяльності вимогам чинного законодавства та створення умов для проходження вищого ступеня акредитації, адміністрацією закладу у 2014 році було прийнято рішення про розроблення та

впровадження системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Координацію роботи з впровадження, розвитку та функціонування системи управління якістю з 2014 року до 2024 року здійснював представник керівництва з питань якості Буткалюк Дмитро Данилович, під керівництвом якого було сформовано основні елементи системи управління якістю, розроблено необхідну нормативну документацію та забезпечено проходження сертифікаційних аудитів.



Буткалюк Д.Д.



Михайленко М.В.

Починаючи з 2024 року, відповідно до рішення керівництва підприємства, функції представника керівництва з питань якості покладено на Михайленко Маріну Вікторівну, яка забезпечує подальший розвиток системи управління якістю, підтримання її відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 та впровадження принципів безперервного вдосконалення діяльності закладу.

Подальший розвиток системи управління якістю включав:

1. грудень 2014 року проведено остаточну перевірку та оцінку системи управління якістю та отримано сертифікат відповідності на систему управління якістю за ДСТУ ISO 9001:2009;
2. 2015 рік та 2016 рік – проведено наглядний аудит;
3. 2018 рік — проведено реорганізацію системи управління якістю та адаптацію документації відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015;
4. лютий 2020 року — проведено наглядний аудит та внесено зміни до сертифіката у зв'язку з реорганізацією підприємства;
5. лютий 2021 року — сертифіковано систему управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015;

6. 2022 рік та 2023 рік — проведено наглядові аудити сертифікованої системи управління якістю;

7. лютий 2024 року — проведено ресертифікацію системи управління якістю;

8. 2025 рік та 2026 рік — проведено чергові наглядові аудити.

Впровадження системи управління якістю дозволило сформувати структурований підхід до управління процесами медичної допомоги, забезпечити стандартизацію лікувально-діагностичних процесів, підвищити ефективність внутрішнього контролю та покращити рівень безпеки пацієнтів.

Особливу роль система управління якістю відіграє у наданні медичної допомоги постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи, оскільки ця категорія пацієнтів потребує довготривалого медичного спостереження, мультидисциплінарного підходу до лікування та реабілітації.

Застосування принципів процесного підходу, управління ризиками, безперервного вдосконалення та орієнтації на пацієнта, які передбачені стандартом ISO 9001:2015, сприяє підвищенню якості медичних послуг, оптимізації організації лікувально-реабілітаційної допомоги та ефективному використанню ресурсів закладу.

Таким чином, поєднання багаторічного досвіду надання медичної допомоги постраждалим внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС та впровадження сучасних міжнародних стандартів управління якістю дозволяє закладу забезпечувати високий рівень медичних та реабілітаційних послуг і робити вагомий внесок у систему охорони здоров'я України.

З початком повномасштабного вторгнення росії та розвитком бойових дій заклад почав надавати медичну та реабілітаційну допомогу діючим військовим.

В цілому організація роботи з військовими регламентована спільним наказом Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 07.02.2018 р. №49/180.

Робота розпочата в другій половині березня 2022 року Порядок дій визначено наказом МОЗ України від 16.03.22 р. №495 «Про надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони» виданого на підставі Закону України від 24.02.2022 р. №2102-IX «Про введення воєнного стану в Україні». Ним визначено перелік закладів охорони здоров'я для відновного лікування та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони, зокрема п.1 Додатку до Наказу визначено Комунальне некомерційне підприємство «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради».

В 2022 році КНП «ВОСКДРЗН ВОР» створена позаштатна військово-лікарська комісія.

27 січня 2023 року рішенням Вінницької обласної Ради №492 були внесені зміни до Статуту Комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради» в частині зміни повного найменування на Комунальне некомерційне підприємство «Вінницький обласний клінічний медичний реабілітаційний центр ветеранів війни та радіаційного захисту населення Вінницької обласної Ради», скорочено КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР».

На даний час Центр є сучасним клінічним медичним реабілітаційним закладом, спеціалізованим за наданням медичної допомоги соціально визначеним, переважно пільговим категоріям населення.

Консультативна поліклініка

Консультативна поліклініка є важливою складовою структури Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та радіаційного захисту населення та надає спеціалізовану амбулаторно-консультативну допомогу населенню області.



Історія поліклінічної служби закладу бере початок у 1948 році, коли було об'єднано стаціонар і поліклініку лікувально-санаторного управління в єдиний медичний заклад. Відтоді поліклініка функціонує як невід'ємний структурний підрозділ, забезпечуючи консультативно-діагностичну допомогу пацієнтам різного профілю.

Новий етап розвитку розпочався після аварії на Чорнобильській АЕС. У 1996 році, до 10-х роковин Чорнобильської катастрофи, було прийнято рішення про створення спеціалізованого закладу для медичного нагляду за такими пацієнтами. 24 квітня 1996 року розпорядженням обласної державної адміністрації №215 обласну лікарню №2 було реорганізовано у диспансер радіаційного захисту населення. Фактично з цього часу заклад почав працювати як спеціалізований центр спостереження і лікування осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. У цей період консультативна поліклініка виконувала важливу частину системи диспансерного нагляду за постраждалими внаслідок Чорнобильської катастрофи, забезпечуючи комплексне медичне обстеження та спеціалізовані консультації.



У подальші роки поліклінічна служба активно розвивалася, розширювався спектр спеціалізованої медичної допомоги, формувалася колектив висококваліфікованих фахівців. Важливу роль у становленні поліклініки



відіграли керівники, які сприяли розвитку амбулаторної служби, удосконаленню організації медичної допомоги та підвищенню її доступності для населення. У різні роки консультативну поліклініку очолювали: Фомочкіна Людмила Михайлівна (1981–2008), Голодюк Світлана Михайлівна (2008–2015), Буткалюк Дмитро Данилович (2015–2024), Загоренко Анастасія Вячеславівна (2024–2025).

Кожен із керівників зробив вагомий внесок у розвиток підрозділу, розширення спектру медичних послуг, удосконалення організації медичної допомоги та зміцнення кадрового потенціалу.

Сьогодні консультативна поліклініка є сучасним підрозділом центру, у якому працюють лікарі різних спеціальностей. Тут здійснюється консультативна, діагностична та лікувально-профілактична допомога, проводяться профілактичні огляди, диспансерний нагляд, а також медичний супровід ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок радіаційного впливу. За останні п'ять років у консультативній поліклініці здійснено 245 944 візити, під час яких пацієнти отримували кваліфіковану медичну допомогу. Важливим етапом розвитку закладу стало створення у 2021 році паліативної бригади, яка забезпечує комплексну медичну допомогу пацієнтам із тяжкими хронічними захворюваннями та потребою у тривалому догляді.

Розташування закладу в центрі міста, багатопрофільність амбулаторної та стаціонарної допомоги дозволило організувати цю роботу на високому рівні.

Керівником мультидисциплінарної паліативної команди були Шевчук М.І.- лікар-хірург, Буткалюк Д.Д. – завідувач консультативної поліклініки, лікар-хірург. В даний час Мркевич Б.О. – лікар-акушер-гінеколог.

На сьогоднішній день під наглядом знаходиться 170 пацієнтів.



Завдяки професіоналізму медичних працівників та постійному впровадженню сучасних підходів до діагностики й лікування консультативна поліклініка залишається важливою складовою системи медичної допомоги регіону, продовжуючи виконувати свою місію — збереження здоров'я та підвищення якості життя пацієнтів.



До 40-х роковин Чорнобильська катастрофа колектив консультативної поліклініки продовжує свою діяльність, спрямовану на збереження здоров'я населення та надання якісної медичної допомоги, залишаючись віddаним своїй місії — допомагати людям, підтримувати осіб, які постраждали від наслідків радіаційного впливу, а також надавати медичну допомогу ветеранам війни та військовослужбовцям.

Терапевтичне відділення

Центр є одним із важливих спеціалізованих центрів у регіоні, діяльність якого спрямована на надання якісної медичної допомоги населенню, а також медичний супровід осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофа.

Терапевтичне відділення відіграє важливу роль у структурі диспансеру, оскільки саме тут здійснюється комплексна діагностика, лікування та спостереження пацієнтів із різними захворюваннями внутрішніх органів.

Основними напрямками роботи відділення є лікування серцево-судинних захворювань, патології органів травлення, захворювань дихальної системи та ендокринної патології. Пацієнтам надається стаціонарна допомога, проводяться необхідні лабораторні та інструментальні обстеження, а також призначається



сучасна медикаментозна терапія відповідно до клінічних стандартів.

Особливістю роботи відділення є комплексний підхід до пацієнта. Лікування поєднується з реабілітаційними заходами, фізіотерапією та профілактикою ускладнень хронічних захворювань.

Окремо варто відзначити важливу роль відділення у період пандемії COVID-19.

У цей складний для системи охорони здоров'я час медичний персонал диспансеру активно долучився до надання допомоги пацієнтам, які перенесли коронавірусну інфекцію. Особливо важкий перебіг цього захворювання відмічався у пацієнтів, які постраждали від Чорнобильської катастрофи.

На базі терапевтичного відділення проводилася постковідна реабілітація пацієнтів. Багато людей після перенесеної інфекції потребували відновлення функцій дихальної та серцево-судинної системи, лікування тривалої слабкості, задишки та інших ускладнень.

Пацієнти проходили комплексне обстеження, після чого для них підбиралася індивідуальна програма відновлення. Вона включала медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні процедури, дихальну гімнастику та лікувальну фізкультуру. Завдяки такому підходу значна кількість пацієнтів змогла швидше повернутися до повноцінного життя.

Сьогодні терапевтичне відділення продовжує розвиватися та впроваджувати сучасні підходи до лікування та реабілітації пацієнтів. Високий професіоналізм медичного персоналу, сучасні методи діагностики та



індивідуальний підхід до кожного пацієнта забезпечують якісну та ефективну медичну допомогу.

Варто також зазначити, що терапевтичне відділення має важливе значення не лише як лікувальний підрозділ, але й як центр довготривалого медичного спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями.

Багато пацієнтів, особливо ті, що мають серцево-судинні, ендокринні або метаболічні порушення, потребують регулярного контролю стану здоров'я, корекції терапії та профілактики можливих ускладнень. Саме тому велика увага

приділяється індивідуальному підходу до кожного пацієнта, аналізу факторів ризику та формуванню рекомендацій щодо способу життя.

Крім лікувальної діяльності, медичні працівники відділення активно займаються профілактичною роботою. Пацієнтам пояснюють важливість контролю артеріального тиску, рівня глюкози та холестерину, раціонального харчування, фізичної активності та відмови від шкідливих звичок. Такий підхід сприяє не лише лікуванню, але й попередженню розвитку нових захворювань.

Особливе місце у роботі відділення займає міждисциплінарна співпраця. Для комплексного обстеження та лікування пацієнтів залучаються лікарі різних спеціальностей — кардіологи, ендокринологи, неврологи, а також фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини. Така взаємодія дозволяє більш повно оцінити стан пацієнта та підібрати оптимальну тактику лікування.

На базі терапевтичного відділення відбувається підготовка молодих спеціалістів, лікарів-інтернів, у співпраці з кафедрою Внутрішньої медицини медичного факультету №2 ВНМУ ім. Пирогова, під керівництвом зав. кафедри професора, д.мед.н. Жебеля Вадима Миколайовича.



Таким чином, терапевтичне відділення виконує не лише функцію стаціонарного лікування, а й є важливою ланкою у системі комплексної медичної допомоги, спрямованої на підтримку здоров'я населення та покращення якості життя пацієнтів.

Неврологічне відділення

Неврологічне відділення є структурним підрозділом, який забезпечує спеціалізовану медичну допомогу та відновне лікування пацієнтам із захворюваннями нервової системи.

Розгорнуто стаціонар на 30 ліжок неврологічного профілю.

Основними напрямками діяльності є:

- надання спеціалізованої неврологічної допомоги пацієнтам;
- проведення комплексної діагностики захворювань нервової системи;
- лікування гострих і хронічних неврологічних станів;
- реабілітація пацієнтів після травм та захворювань нервової системи;
- профілактика ускладнень та відновлення функціонального стану пацієнтів.

Відділення здійснює діагностику та лікування різноманітних захворювань нервової системи: порушенням діяльності головного, спинного мозку та периферичної нервової системи (епілептична хвороба, хвороба Паркінсона, остеохондроз хребта, радикулопатії, хвороба Альцгеймера, панічні атаки, травми спини, голови, в тому числі їх наслідки, головний біль напруги, мігрень, цервікогенний головний біль, транзиторні ішемічні атаки, неврит лицьового нерву, постгерпетична невралгія, хронічне порушення мозкового кровообігу, дистальна метаболічна полінейропатія, гостра вертебро-базиллярна недостатність).

Основні принципи роботи відділення: ефективна високоспеціалізована медична допомога, індивідуальний підхід, професійна допомога, висока відповідальність, психологічний комфорт, спеціальний догляд, чуйне відношення до пацієнта.

У роботі відділення застосовуються сучасні методи обстеження та лікування:

- клінічне неврологічного обстеження;
- лабораторні та інструментальні методи діагностики;
- медикаментозна терапія.

У відділенні працює команда високоспеціалізованих фахівців до складу якої входять: лікарі – неврологи на чолі з завідуючою неврологічним відділення, - медичні сестри та молодші медичні сестри по догляду за пацієнтами, які професійно супроводжують пацієнтів протягом всього періоду лікування.



Команда неврологічного відділення постійно підвищує свій рівень професійних навичок на під час проходження фахових майстер – класів, приймає участь в щорічному тематичному удосконаленні на регіональних та всеукраїнських конференціях, конференціях з міжнародною участю





Терапевтичне і неврологічне відділення працюють за 4 пакетом Гарантованої медичної допомоги «Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій».

Хірургічне відділення

Хірургічне відділення — це серце будь-якої лікарні, де щодня точиться боротьба за здоров'я та життя пацієнтів. Поєднання багаторічного досвіду, наукового підходу та оперативності дозволяє команді відділення успішно виконувати завдання будь-якої складності.

Очолює відділення Маркевич Володимир Федорович — постать, відома далеко за межами закладу. Заслужений лікар України та кандидат медичних наук, він втілює у своїй роботі кращі традиції вітчизняної медицини та сучасні наукові досягнення. Його професіоналізм і стратегічне бачення дозволили створити у відділенні атмосферу чіткої дисципліни та високої відповідальності.

Успіх кожної операції — це результат злагодженої роботи команди. Разом із завідувачем медичну допомогу надають досвідчені хірурги: Даценко Андрій Васильович, Лещенко Юрій Михайлович.



Ці фахівці володіють широким спектром оперативних втручань, постійно вдосконалюють свої навички та забезпечують індивідуальний підхід до кожного пацієнта — від діагностики до повної реабілітації.



Важливим напрямком роботи відділення є травматологія та ортопедія. За відновлення функцій опорно-рухового апарату відповідають кваліфіковані лікарі-травматологи:

Гуцол Вадим Володимирович, Андрущенко Микола Михайлович

Завдяки їхній роботі пацієнти з переломами, травмами суглобів та іншими пошкодженнями отримують шанс на повернення до активного життя. Використання сучасних методів металоостеосинтезу та консервативного лікування дозволяє значно скоротити терміни одужання.



В команді відділення працюють досвідчені лікарі анестезіологи Томашевський Олексій Іванович та Ковтун Олег Олегович.

Анестезіолог зустрічається з вами до операції. Він вивчає історію хвороби, аналізи та стан серця. Його мета — обрати найбезпечніший вид знеболення (загальний наркоз, місцева чи спінальна анестезія) і розрахувати точне дозування ліків.

Коли ви засинаєте, анестезіолог стає вашим «автопілотом»

Він реагує на найменші зміни в стані організму і корегує їх миттєво.

Лікар стежить, щоб пацієнт прокинувся м'яко, без болю, нудоти чи паніки. Саме анестезіолог визначає тактику знеболення в перші години після операції.

Анестезіологи також є лікарями-реаніматологами. Вони працюють з найважчими пацієнтами, рятуючи їх при критичних станах (шок, зупинка дихання, важкі травми).

Головними принципами роботи відділення є безпека та якість. Використання сертифікованого обладнання та дотримання міжнародних протоколів. Прагнення до проведення операцій з мінімальним втручанням для швидшого відновлення. Побудова довірчих відносин між лікарем та пацієнтом.

Хірургічне відділення сьогодні — це потужний медичний хаб, де кожен пацієнт може бути впевнений, що його здоров'я перебуває в надійних руках професіоналів, відданих своїй справі. До річниці аварії на Чорнобильській АЕС (26 квітня) роль спеціалізованих медичних установ, таких як хірургічне відділення Вінницького обласного клінічного медичного реабілітаційного центру ветеранів війни та радіаційного захисту населення, стає особливо значущою.

Для людей, які зазнали впливу радіації, хірургічне втручання вимагає особливого підходу через зниження адаптаційних можливостей організму та специфічні супутні захворювання. Колектив відділення забезпечує кваліфіковану допомогу цій вразливій категорії громадян.

Безоплатна допомога надається за наявності електронного направлення від сімейного або лікуючого лікаря. Документи для підтвердження пільгового статусу необхідно мати при собі оригінал посвідчення особи, постраждалої внаслідок аварії на ЧАЕС.

Напередодні до 40-річчя у 2026 році, медичні заклади такого профілю залишаються осередками не лише лікування, а й соціального захисту.

Для медичного закладу такого профілю, як ВОКМРЦВВРЗН, де робота з категоріями ЧАЕС та ветеранами війни вимагає великої емоційної стійкості, спільне дозвілля є надзвичайно важливим.

Пацієнти (особливо чорнобильці, які потребують уваги) відчують спокійну та позитивну атмосферу у відділенні.

Спільний відпочинок допомагає колективу уникати стресу, що дозволяє персоналу залишатися чуйними до потреб хворих.





Такі теплі стосунки в колективі часто стають запорукою того, що пацієнти повертаються саме до цього закладу, знаючи, що там працюють не просто професіонали, а дружня медична родина.

Відділення фізичної та реабілітаційної медицини

Невід’ємною та стратегічно важливою частиною Центру є **відділення фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ)**, яке стало базою для створення інноваційного центру національної мережі **RECOVERY**.

RECOVERY - це найбільша національна мережа реабілітаційних центрів для поранених військових. Проєкт заснували **Віктор та Олена Пінчуки** задля допомоги Силам безпеки й оборони України.

Ключові напрямки роботи мережі:

- Створення національної мережі реабілітаційних центрів для поранених військових;
- Освітні програми світового рівня для мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Вінниця стала **четвертим центром** національної мережі **RECOVERY**. У перший день роботи закладу його відвідав бізнесмен, філантроп і засновник проєкту **Віктор Пінчук**, який зустрівся із пацієнтами та лікарями, підкресливши важливість якісного відновлення для кожного Захисника та керівниця проєкту **RECOVERY Світлана Гриценко**.



Центр RECOVERY у Вінниці є унікальним і облаштований за найвищими міжнародними стандартами. Тут встановлено найсучасніше доказове фізіотерапевтичне обладнання. Зали фізичної реабілітації оснащені інноваційними апаратами з **віртуальною реальністю**, що забезпечує зворотний зв'язок із пацієнтом. Комплекс тренажерів покриває весь спектр можливих функціональних порушень (зокрема отриманих внаслідок мінно-вибухових травм) та на високому технологічному рівні допомагає відновлювати їх.





Трансформація відділення відбувалася стрімко, відповідаючи на виклики часу:

- **В травні 2023 року** - на базі Центру офіційно відкрито інноваційний реабілітаційний простір RECOVERY.

- **27 липня 2023 року** - знакова дата, коли роботу відділення оцінили Перша леді **Олена Зеленська**, Прем'єр-міністр **Денис Шмигаль** та Міністр охорони здоров'я **Віктор Ляшко**.



- **Липень 2024 року** - відбулося масштабне розширення стаціонарних потужностей та модернізація палатного фонду.



Сьогодні ліжковий фонд стаціонарного відділення ФРМ складає **30 ліжок**.

Фундаментом роботи відділення ФРМ є принцип мультидисциплінарності. Це означає, що навколо потреб пацієнта об'єднується ціла команда фахівців різних профілів. Вони спільно розробляють індивідуальний реабілітаційний план (ІРП), ставлять конкретні **SMART-цілі** та щотижня коригують стратегію лікування на командних зборах.



У відділенні працює мультидисциплінарна команда, до складу якої входять:

- **Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ):** очолюють команду та координують виконання ІРП.
- **Фізичні терапевти та асистенти фізичних терапевтів:** займаються відновленням рухових функцій та витривалості.
- **Ерготерапевти та асистенти ерготерапевтів:** працюють над поверненням навичок самообслуговування та адаптацією до побуту.
- **Клінічні психологи та психотерапевти:** забезпечують психологічну стійкість та ментальне відновлення.
- **Терапевти мови та мовлення:** відновлюють комунікативні навички та функцію ковтання.
- **Медичні сестри та брати з фізичної реабілітації:** професійно супроводжують пацієнта в режимі 24/7.
- **Соціальний працівник:** забезпечують соціальну інтеграцію та технічну підтримку.
- **Капелан:** забезпечує постійну духовну підтримку.



Реабілітація в Центрі - це не лише відновлення фізичних функцій, а й повернення смаку до життя через емоційну та духовну підтримку. Відділення керується принципами: **Служіння як покликання, Гідність як основа, Свідчення як дія.**

Важливою складовою підходу до справи є:

- **Анімалотерапія:** Взаємодія з тваринами допомагає захисникам знизити рівень стресу, подолати тривожність та отримати позитивні емоції, що критично важливо для успішного відновлення.



• **Арттерапія:** Творчі заняття - малювання, ліплення чи створення виробів ручної роботи - стають дієвим інструментом емоційного розвантаження, дозволяючи пацієнтам виразити свої почуття без слів та віднайти внутрішній спокій.



• **Спорт:** сприяє соціалізації, допомагає знайти однодумців та відчутти себе частиною спільноти.



- **Духовний супровід:** У штаті відділення працює власний **капелан**, який забезпечує постійну духовну підтримку захисникам та їхнім родинам. Це молитва, щира бесіда та участь у заходах (зокрема передача Віфлеємського вогню), що дарує пацієнтам надію та зміцнює віру.

- **Соціальна інтеграція:** В закладі діють виїзні культурні події (театри, музеї), зустрічі з дітьми та благодійні ярмарки для потреб ЗСУ, що допомагає пацієнтам відчувати зв'язок із громадою.



Кожен етап відновлення документується за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ), що дозволяє об'єктивно відстежувати прогрес.

Команда відділення перебуває у стані безперервного інтелектуального зростання. Система навчання охоплює кілька рівнів:

1. **Внутрішні навчання:** Постійні щотижневі воркшопи на базі відділення для вдосконалення практичних навичок.

2. **Регіональний та національний рівні:** Активна участь у фахових заходах у межах Вінницької області та загальноукраїнських конференціях мережі RECOVERY.

3. **Міжнародне стажування:** Фахівці відділення опановують передовий світовий досвід у провідних клініках **Латвії, Польщі та країн Північної Європи**. Знаковим етапом розвитку став обмін досвідом із колегами у **Вашингтоні (США)**, що дозволяє впроваджувати найсучасніші протоколи реабілітації в Україні.



Діяльність відділення ФРМ у складі Центру регулярно перебуває в центрі уваги посадовців. Окрім візиту Перших осіб держави, робочі зустрічі до закладу здійснили голова обласної ради **Вячеслав Соколовий**, міський голова **Сергій Моргунов**, представники ОВА **Наталя Заболотна** та **Андрій Гижко**, директорка ДОЗ та реабілітації Вінницької ОДА **Ольга Задорожна**. Ознайомилися з інноваційними методиками відділення народні обранці **Ірина Борзова**, міністерка у справах ветеранів **Наталія Калмикова** та інші.



Сьогодні відділення ФРМ у складі КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР» під керівництвом директора **Світлани Голодюк** - це місце, де поєднання багаторічного досвіду «Чорнобильської лікарні», ініціативи фундаторів мережі RECOVERY та сучасних технологій дає нашим Захисникам та Захисницям найважливіше - шанс на повноцінне життя.

Стоматологічне відділення

До річниці Чорнобильської трагедії працівники відділення пам'ятають - турбота про здоров'я має бути щоденною, а не лише у складні моменти життя.



Стоматологічне відділення під керівництвом Буткалюка І.Д. — це команда професіоналів, яка поєднує багаторічний досвід, сучасні технології та оперативність у роботі. Такий підхід дозволяє ефективно вирішувати навіть найскладніші клінічні завдання.

Відділення забезпечує повний спектр стоматологічних послуг

- професійна гігієна та видалення нальоту
- лікування карієсу та його ускладнень
- видалення зубів будь-якої складності
- імплантація
- протезування
- профілактичні огляди та консультації
- невідкладна стоматологічна допомога

Безкоштовне лікування для постраждалих з 2026 року ліквідатори аварії на ЧАЕС та постраждалі 1 категорії мають право на безкоштовне зуболікування

та зубопротезування. Це важливий крок у підтримці людей, які постраждали від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Команда фахівців

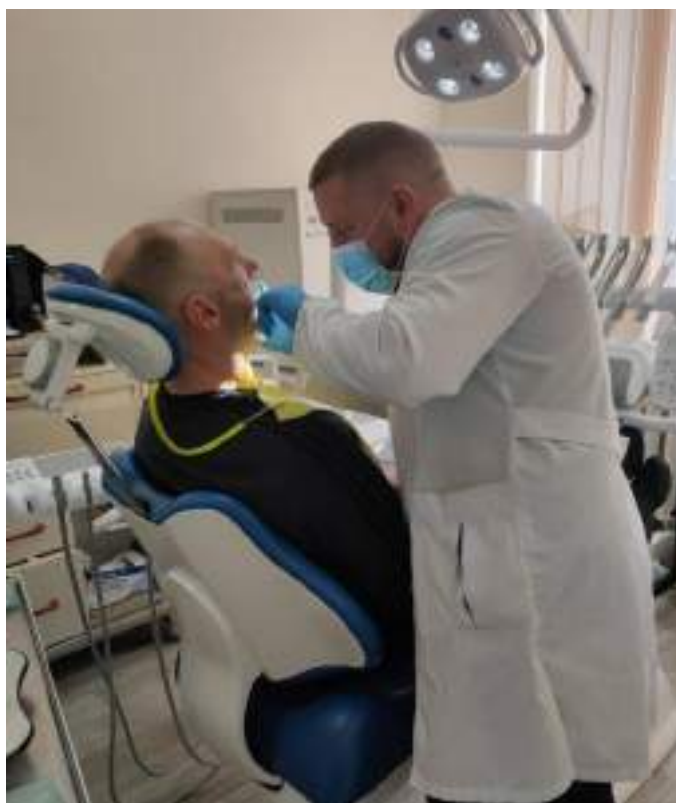
Буткалюк Ігор Дмитрович — завідувач відділення, лікар-хірург (видалення зубів будь-якої складності, дентальна імплантація)



Гарбарець О.А. та Маляренко Л.М. — лікарі-стоматологи (консультації, невідкладна допомога, лікування карієсу та його ускладнень, захворювання пародонту, професійна гігієна)



Буткалюк Дмитро Ігорович та Бригадир Роман Дмитрович — лікарі-ортопеди та Гавриленко Віталій Андрійович -зубний технік (протезування металокерамічними та цирконієвими коронками, у тому числі на імплантатах)





Усі лікарі постійно підвищують свою кваліфікацію, працюють за міжнародними протоколами та забезпечують індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

Особлива увага приділяється вразливим категоріям населення.

Кабінет функціональної діагностики

Кабінет функціональної діагностики почав свою роботу з часу створення закладу у період, коли система охорони здоров'я України активно розвивала напрямок інструментальних методів дослідження функціонального стану організму. В цей період був особливо важливим для медицини, оскільки після чорнобильської катастрофи значно зросла потреба у ретельному медичному контролі стану здоров'я населення, яке отримало іонізуюче опромінення та ліквідаторів аварії.

На початковому етапі роботи кабінет працював у невеликому складі: один лікар функціональної діагностики та дві медичних сестри. Не зважаючи на обмежені технічні можливості, колектив забезпечував проведення необхідних обстежень і поступово розширював спектр досліджень. Першим і основним методом була електрокардіографія (ЕКГ). Дослідження проводились на одноканальному електрокардіографі. За допомогою ЕКГ здійснювали первинну оцінку ССС пацієнтів.

У цей період закладалися основні методики проведення досліджень, стандарти опису та інтерпретації результатів, організація роботи кабінету. В практику були впроваджені нові сучасні методи функціональної діагностики. З

розвитком медичної техніки та діагностичних технологій апаратура кабінету неодноразово оновлювалась. Замість попередніх аналогових приладів були встановлені сучасні комп'ютеризовані системи, що дозволило значно пришвидшити виконання, підвищити точність та інформативність проведених досліджень. Зокрема дослідження серцево-судинної системи: багатоканальна ЕКГ та ЕКГ з додатковими відведеннями, велоергометрія, холтерівське (добове) моніторування ЕКГ, амбулаторне (добове) моніторування АТ, дослідження центральної гемодинаміки, фонокардіографія, полікардіографія для вивчення скоротливої функції серця.

Зі всіх методів діагностики особливе значення мала велоергометрія, за допомогою якої визначалась прихована та явна коронарна недостатність, проводилась диференційна діагностика ІХС з іншими захворюваннями, визначалась фізична працездатність, ефективність медикаментозного лікування, виявлення аритмій і порушень провідності, ефективність реабілітаційних заходів.



Довготривале електрокардіографічне дослідження (тривалістю 24-48 і більше годин) дозволяє визначити наявність, тип, кількість аритмій, порушення провідності, спостерігати за ефективністю антиаритмічної терапії.

Амбулаторне моніторування ДМАТ дозволяє оцінити зміни рівня АТ, раннє виявлення АГ, забезпечити індивідуальний підбір антигіпертензивних препаратів, зменшити кількість уражень органів-мішеней. ДМАТ переджає про виникнення ранкових кардіоваскулярних подій та раптової серцевої смерті.



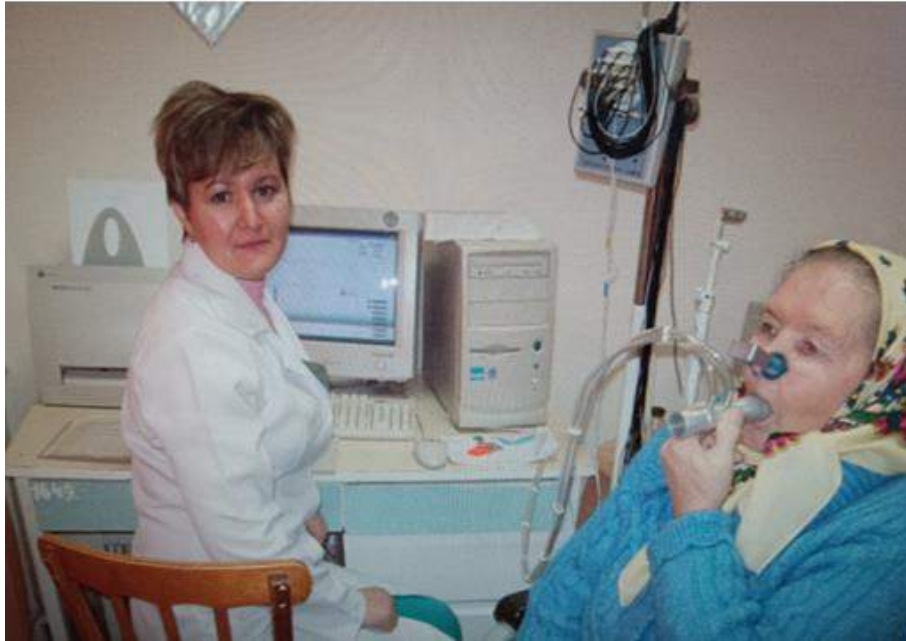
Шестихвилинна проба дозволяла визначити наявність, ступінь та функціональний клас хронічної серцевої недостатності. Реографія дозволяла визначити стан басейну тої чи іншої судини (артерії/вени), гемодинаміку венозного русла, сумарне кровонаповнення обох півкуль головного мозку, кровонаповнення басейнів мозкових та хребетних артерій.



Для визначення стану нервової системи у постраждалих в наслідок аварії на ЧАЕС була впроваджена електроенцефлографія з функціональними пробами. За допомогою ЕЕГ у пацієнтів визначались дифузні функціональні та органічні зміни кори головного мозку, дисфункції різних систем головного мозку та виявлення епілептиформних елементів, у дітей – ознаки вікової незрілості кори та синдрому енцефалопатій, дезорганізації коркових ритмів, які були спричинені радіаційним ураженням або токсичним отруєнням.



Велика увага приділялась визначенню функції зовнішнього дихання (ФЗД). При цьому використовувались норма Європейської медичної спільноти, діючі протоколи і рекомендації. Визначалась наявність порушень ФЗД, проводилась диференційна діагностика бронхіальної астми та хронічної обструктивної хвороби легень, визначались їх стадії та зворотність бронхообструкції, проводився контроль за ефективністю лікування, спостерігались особи, професійна діяльність яких пов'язана з пошкоджуючими агентами, проводилась експертиза працездатності і придатності до роботи в певних умовах шляхом проведення повторних і порівняльних досліджень.



Завдяки впровадженню цих методів значно підвищилась якість діагностики захворювань серцево-судинної, нервової та дихальної систем.

Велику роль у розвитку кабінету відіграв колектив, керівники закладу, кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2.

Лікар вищої категорії по функціональній діагностиці Денесюк Ольга Петрівна, яка працювала у диспансері з 1988р. по 2025р., зробила значний внесок у становлення та розвиток служби функціональної діагностики, передавала свій досвід молодшим колегам та забезпечувала високий рівень діагностичної роботи. Багаторічний досвід, висока відповідальність та відданість професії сприяли розвитку служби функціональної діагностики та підвищенню якості медичної допомоги.



Злагоджена робота лікарів та медичних сестер дозволяла якісно проводити обстеження та забезпечувати достовірність результатів.

Поряд з практичною діяльністю працівники колективу активно займалися науковою роботою, брали участь у реалізації медичних програм та науково-практичних заходах. Співробітники КФД приймали активну участь в профілактичних обстеженнях працівників підприємств та населення, яке постраждало в наслідок аварії на ЧАЕС, з виїздом в райони, де проводили реєстрацію ЕКГ та відбір пацієнтів на інші дослідження.



Результати професійної діяльності колективу КФД узагальнені в 13 друкованих наукових працях опублікованих у медичних фахових журналах, в співавторстві опубліковані 3 статті в журналах, які мають науково-метричний статус «SCOPUS», як самотійно, так і в співавторстві. Лікар Денесюк О.П. є співавтором монографії «Клініко-інструментальні та лабораторно-імунологічні предиктори прогнозування ускладнень внутрішніх та коморбідних захворювань» (2024 р.)

На даному етапі КФД оснащений сучасною медичною апаратурою та забезпечує проведення широкого спектру функціональних досліджень ССС, дихальної та нервової систем. Обстеження виконуються відповідно до чинних медичних стандартів та клінічних протоколів.

В даний час у КФД працюють лікарі з функціональної діагностики Беліченко Т.Г. та Корнійчук О.І., дві сестри медичні Сальник Т.М. та Ткаченко О.В.. Вони продовжують роботу з надання спеціалізованої

діагностичної допомоги пацієнтам цивільним, військовим, ветеранам війни та чорнобильцям, підтримують належний рівень функціональної діагностики в центрі.



На сьогодні кабінет функціональної діагностики є важливою частиною лікувально-діагностичного процесу. Використання сучасних методів дослідження дозволяє своєчасно виявити функціональні порушення, проводити динамічне спостереження за пацієнтами, оцінювати ефективність лікування. Досвід, накопичений за десятиліття роботи, став основою для подальшого розвитку функціональної діагностики.

Відділення променевої діагностики

Неможливо уявити лікарню без рентгенкабінету. Відколи існує лікарня, відтоді там є рентгенкабінет, а згодом і ціле відділення променевої діагностики (ВПД). У 90-ті роки минулого сторіччя рентгенкабінет був оснащений рентгенапаратом «TUR-D-700» виробник Німеччина - Чехія, палатним R-апаратом «Арман», та дентальним R-апаратом. Технічний огляд та контроль

здійснював СОКОЛОВСЬКИЙ Михайло Григорович. Технічна документація була у зразковому вигляді.

УЗД кабінет та R-кабінет були у складі поліклініки і мали назву «допоміжна служба». У 1992 році в лікарні з'явився комп'ютерний томограф. Його привезли зі штату Теннессі і він був єдиним у Вінницькій області. Так з'явилося відділення КТ, яке очолив ПОБІРЧИЙ Руслан Станіславович молодий рентгенолог, і 2 рентгенлаборанта: КІРІЛІНА Любов Василівна і ЗАПОРОЖЦЕВА Людмила Вадимівна. Технічне обслуговування здійснював інженер РУДЕНКО Микола Іванович. До штату відділення входив і молодший медичний персонал.



В рентгенкабінеті на посаді лікаря-рентгенолога працювала ШРАМКО Валентина Володимирівна та рентгенлаборант КАЗИМИРОВА Тетяна Василівна.

З метою оптимізації відділення КТ об'єднали з рентген та УЗД кабінетами. Так з'явилося відділення променевої діагностики (ВПД), яке очолив ПОБІРЧИЙ Руслан Станіславович.

З часом склад відділення змінювався. Давно немає АХРОМОВИЧА Костянтина Івановича-лікаря-рентгенолога, який працював до 1990 року, рентгенлаборанта КАЗИМИРОВОЇ Т.В., першого зав. відділенням ПОБІРЧОГО Р.С., та багатьох колег, які залишили добру пам'ять.

Запорукою чіткої роботи діагностичних кабінетів є сучасна апаратура в руках досвідчених фахівців.

Переоснащення почалось з УЗД кабінетів. Менше пощастило R-кабінету. 1 квітня вийшла з ладу рентгенівська трубка, а 19 квітня 2022 року сталася пожежа, яка знищила не тільки меблі та документацію, а також техніку.



Першою ластівкою після ремонту кабінету став подарунок МОЗ пересувний цифровий апарат «Optima XR240». Невдовзі (в травні 2023 року) в Іспанії зібрали стаціонарний цифровий рентгенапарат «POLYRAD-S», в липні змонтували, а в серпні ввели в експлуатацію сучасний, надійний, потужний R-апарат.



Апарат «Planmeca-intra» став суттєвою допомогою стоматологам.

Найсучасніша апаратура з'явилась і в УЗД кабінетах. Можливості обстеження значно розширились.

Комп'ютерний томограф, який відпрацював 30 років був утилізований.

40 років Чорнобильській трагедії. 30 років з дня створення Чорнобильського диспансеру. Мабуть не існує пацієнта, який би не відвідав відділення променевої діагностики. За цей час рентгенологічне обстеження

пройшли більше 200 тисяч пацієнтів. УЗД кабінети відвідали більше 500 тисяч пацієнтів.



Служба готова освоїти СКТ і МРТ апаратуру залишаючись «очима» лікарні.



Клініко-діагностична лабораторія

В закладі лабораторія існує з моменту заснування.

Робота лабораторії — це складний процес, що поєднує наукову точність, суворе дотримання правил безпеки та використання спеціалізованого обладнання. Залежно від типу (медична, навчальна чи промислова), завдання можуть відрізнятися, але основні принципи залишаються спільними.



В КДЛ працює 1 лікар, 5 фельдшерів-лаборантів та 1 молодша м/с.

Головною фігурою в лабораторії є лаборант, чия діяльність охоплює: підготовку до досліджень (налаштування обладнання, підготовка реактивів, матеріалів та посуду); проведення досліджень, обробку результатів та підтримку порядку в КДЛ.



Лікар має вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Клінічна лабораторна діагностика» та володіє сучасними методиками клінічної лабораторної діагностики. Всі фельдшери-лаборанти мають вищу кваліфікаційну категорію.

КДЛ виконує основні лабораторні дослідження, що дозволяє швидко встановити діагноз та призначити лікування.

Лабораторія оснащена сучасним лабораторним обладнанням, що зводить похибку оператора до мінімуму:



Гематологічний



Біохімічний



Імунологічний

Швидка діагностика за допомогою експрес-тестів допоможе встановити правильний діагноз не виходячи з кабінету лікаря.

Лабораторія приймає участь в зовнішній оцінці якості, що забезпечує точність та якість отриманих результатів.



Аптечний відділ



Аптечний відділ є структурним підрозділом, що забезпечує організацію постачання лікарських засобів та виробів медичного призначення, їх належне зберігання, облік і раціональне використання у лікувальному процесі. З 2002 року і по теперішній час у закладі працює фармацевт вищої категорії Варич Людмила Сергіївна, а з 2023 року клінічний фармацевт Михайленко Маріна Вікторівна.

Формування аптечного відділу відбувалося в умовах централізованої системи охорони здоров'я, де забезпечення лікарськими засобами здійснювалося по Держаним програмам відповідно до планових показників. Основними функціями підрозділу були приймання, зберігання та відпуск медикаментів.

З розвитком ринкових відносин та реформуванням галузі охорони здоров'я функції аптечного відділу поступово розширювалися. До традиційних завдань додалися планування потреб у лікарських засобах, участь у закупівельних процесах, аналіз їх використання та контроль за раціональністю фармакотерапії.

Важливе місце у системі забезпечення лікарськими засобами займає програма «Доступні ліки», яка запроваджена державою з метою підвищення доступності лікування для пацієнтів із хронічними захворюваннями. Програма реалізується за принципом реімбурсації вартості лікарських засобів через систему електронних рецептів в аптечних закладах та є складовою загальної системи фармацевтичного забезпечення населення.

Національний перелік основних лікарських засобів є базовим нормативним інструментом, що визначає пріоритетні лікарські засоби, які підлягають обов'язковому забезпеченню у закладах охорони здоров'я. Його застосування сприяє раціональному плануванню закупівель, уніфікації підходів до фармакотерапії та ефективному використанню бюджетних коштів.

Сучасна система забезпечення лікарськими засобами характеризується впровадженням прозорих механізмів публічних закупівель, зокрема через електронну систему Prozorro, розвитком централізованих закупівель, а також адаптацією закладів охорони здоров'я до умов контрастування з Національною службою здоров'я України.

Аптечний відділ бере участь у формуванні потреб у лікарських засобах і виробках медичного призначення, підготовці технічних вимог до закупівель, аналізі використання препаратів та контролі виконання договірних зобов'язань постачальниками.

У тандемі з фармацевтом клінічний фармацевт у сучасних умовах виступає невід'ємною складовою мультидисциплінарної команди закладу охорони здоров'я, забезпечуючи експертний супровід фармакотерапії, оцінку ефективності та безпеки призначень, а також сприяючи впровадженню принципів раціонального використання лікарських засобів.

Ця взаємодія полягає у координації забезпечення лікарськими засобами відповідно до клінічних потреб, аналізі наявного асортименту, підборі терапевтичних альтернатив та впровадженні локальних формулярів.

В умовах воєнного стану діяльність аптечного відділу здійснюється з урахуванням підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я та зміненої структури потреб у лікарських засобах.

Одним із ключових напрямів є забезпечення лікарськими засобами військовослужбовців, ветеранів війни, осіб, які постраждали внаслідок бойових дій та осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, що визначає особливості формування потреб і структури закупівель.

Система постачання функціонує в умовах логістичних обмежень, коливань доступності окремих лікарських засобів та необхідності формування та підтримання запасів лікарських засобів першочергової потреби.

Важливим додатковим джерелом забезпечення є благодійна допомога, що надходить від різних благодійних фондів і організацій та партнерських установ і підлягає обліку, контролю якості та раціональному розподілу відповідно до потреб закладу.

Таким чином, аптечний відділ у сучасних умовах функціонує як структурний підрозділ, що поєднує організаційні, логістичні та аналітичні функції, забезпечуючи належний рівень фармацевтичного забезпечення та

сприяючи підвищенню якості медичної допомоги, зокрема в умовах сьогодення.

Відділ організаційно-аналітичного забезпечення та статистики

Історія Відділу організаційно-аналітичного забезпечення та статистики бере свій початок з діяльності Інформаційно-аналітичного відділу медичної статистики, який протягом тривалого часу виконував функцію головного осередку збору та обробки медичних даних закладу. Проте стрімкий розвиток цифрової медицини, перехід на нові моделі фінансування через пакетування послуг НСЗУ та необхідність впровадження сучасних методів управління зумовили потребу в докорінній трансформації підрозділу.

1 січня 2024 року став етапною датою в історії закладу — Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики було реорганізовано у Відділ організаційно-аналітичного забезпечення та статистики. Цей крок дозволив не просто змінити назву, а створити якісно нову структуру, що об'єднала в собі аналітичну потужність, технічну інноваційність та високі стандарти сервісу.



Сьогодні відділ функціонує як мультидисциплінарний центр, де під керівництвом начальника відділу Осадчук Анастасії Віталіївни згуртувалася команда фахівців різного профілю. Медичну експертизу та глибинний аналіз якості надання допомоги здійснюють лікар-методист Буткалюк Дмитро Данилович, лікарі-статистики Пастошук Олена Степанівна і Лорія Вікторія

Миколаївна та медичні статистики Ільяш Алла Володимирівна і Бойко Наталя Володимирівна, які трансформують цифрові показники у стратегічні звіти для прийняття управлінських рішень. Технологічне лідерство та стабільну роботу електронних систем забезпечує адміністратор системи Старий Андрій Юрійович, який відповідає за безперебійну роботу МІС та цифрову безпеку закладу. Важливою ланкою у забезпеченні прав пацієнтів на доступну допомогу стали адміністратор реєстратури Чухрій Марина Олексіївна, медичний реєстратор Буряк Олена Володимирівна та фахівець з телекомунікації Сідак Валентина Володимирівна, які впроваджують сучасні стандарти сервісної поведінки.

Надійне збереження документального фонду та дотримання норм діловодства забезпечує архіваріус, підтримуючи історичну спадковість та юридичну точність даних. Таким чином, реорганізований відділ став ключовим підрозділом, що поєднує багаторічний досвід медичної статистики з новітніми технологіями майбутнього.

Сьогодні в закладі працює 232 працівників, з яких:

лікарів – 65,

провізорів – 2,

медичних сестер – 73,

молодших медичних сестер – 32,

допоміжного персоналу – 60.

Це спеціалісти високого професійного рівня, з великим досвідом роботи, підготовлені з питань радіаційної медицини. 85% лікарів закладу мають першу і вищу атестаційну категорію.

Постановою КМУ від 12 грудня 2025 р. №1650 «Про внесення змін до Постанови КМУ від 4 жовтня 1996 р. №1218» «Про затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» Центр віднесений до мережі цих закладів.

Нажаль, із попередньої мережі дійсно спеціалізованих закладів, автентичними залишились тільки 3 – у Вінницькій, Рівненській та Сумській областях.

Щодо дати 26 квітня.

У відзначенні її у ситуації з Чорнобильською катастрофою в Україні їх дві – 26 квітня, день коли сталася катастрофа, і 14 грудня - день завершення побудови саркофагу над 4-м енергоблоком, який визначено як день вшанування ліквідаторів аварії на ЧАЕС.

26 квітня Генеральною Асамблеєю ООН постановлено рахувати як Міжнародний день пам'яті жертв Чорнобильської катастрофи (резолюція 71/125 від 8 грудня 2026).

У закладу є свій гербі пацієнти у віршованій формі описали його:



Цей герб – надбання диспансеру,
У ньому криється і зміст, і суть.
Уважно слухайте, панове, і, напевно,
Цікаве щось ви зможете почуть.

Зображення змії – медичний символ
Від Парацельса і до наших днів,
Це уособлення звучить красиво:
В нім мудрість й сила знань – ось знак змії.

А голка – елемент у цій емблемі,
Як суть, що медицина звідусіль
Не осторонь пекучої проблеми,
Здолає вплив радіаційних хвиль.

Ось знак радіаційної безпеки,
Навколо нього – атома ядро,
Тлумачення не слід шукать далеко:
Із атома те лихо почалось...

Лаврове листя є – і це не дивно, -
Символіка життя, відроджень час.
І кольора в єднанні жовтий з синім
До болю рідні кожному із нас!

РОЗДІЛ IV. ВІД ПЕРШОЇ ОСОБИ: СПОГАДИ МЕДИКІВ

*Інтерв'ю проведені та записані поетесою та журналісткою –
Гнатюк Ніною Юхимівною*

НА СТОРОЖІ ЗДОРОВ'Я

*Пастошук Олена Степанівна
лікар-статистик КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»*

Прошло 40 років з дня аварії на Чорнобильській АЕС. Ця дата увійшла в історію трагедією світового масштабу. Тому маємо сьогодні не лише вшановувати пам'ять загиблих, а й зробити все, щоб мінімізувати проблеми зі здоров'ям тих, хто залишився в живих, але зазнав опромінення на забруднених територіях.

Саме з такою метою в Україні було створено мережу спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів для медико-санітарного забезпечення постраждалих, їх оздоровлення і реабілітації.

На Вінниччині такою установою 30 років тому стала наша лікарня обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення, де мають честь працювати лікарем-статистиком, відповідальним за Державний реєстр України постраждалих від аварії на ЧАЕС у нашій області.

Я народилась в сім'ї лікарів. Тамара Іларіонівна – мама, працювала лікарем рентгенологом. Степан Федорович – батько, був головним терапевтом області. З дитинства я бачила, як люди тягнулися до батьків, приходили до них не лише на прийом, а нерідко й додому. Батьки до кожного хворого ставилися з увагою, як до близької людини, тому я також вирішила стати лікарем.

У 1985 році я закінчила Вінницький медичний університет. Перше місце роботи ендокринологічний диспансер. З 1991 року працюю у Вінницькому обласному диспансері радіаційного захисту населення лікарем-статистиком.

Ці роки я постійно була в поїздках по районах, яких тоді було 26. Приїжджаючи у районну лікарню, де був відповідальний за ділянку роботи лікар, проглядала документацію, перевіряла роботу диспансерних груп, що на місцях проводили прийом населення, направлення постраждалих на лабораторне, амбулаторне обстеження і стаціонарне лікування.

Я організовувала також групу лікарів, які виїжджали у найвіддаленіші села Тульчинського, Гайсинського, Немирівського, Томашпільського, Чечельницького, Шаргородського, Тиврівського районів та міста Ладижин, що увійшли до четвертої зони радіологічного контролю. У групи входили лікарі узд-діагностики, кардіолог, невропатолог, офтальмолог, всього сім спеціалістів.

Це була відповідальна і складна робота не лише ретельно обстежити населення, а й скерувати хворих на стаціонарне лікування, операції, санаторно-курортне оздоровлення.

Прошло 40 років часу аварії, а кількість хворих залишається значною. Хворіють діти і онуки постраждалих. Трапляються випадки лейкозу у дітей, зустрічаються і онкологія мозку. Спеціалісти пов'язують це з накопиченням стронцію у кістках голови у забруднених районах.

І вода і продукти харчування теж були забруднені, тому тут трапляються і випадки онкології кишково-шлункового тракту. Через станцію Вапнярка Томашпільського району йшли поїзди, забруднені радіоактивним пилом, тому саме тут спостерігалася значна кількість онкології жіночих органів.

Наші лікарі, медичні сестри працювали самовіддано, зі знанням справи, з душею, це кардіолог Багрій Д.А., офтальмолог Плюшко С. М., хірурги Шевчук М. І., Маркевич В. Ф., лікар УЗД Кондратюк Т. Р., водій Гайдей В. П. та інші мої колеги, співробітники лікарні.

Хочеться добрим словом відзначити головних лікарів районних лікарень, які допомагали нам у цих оглядах. Це Кушнір С. В. з м. Тульчин, Приймак В. М. і начмед Гудз Т. В. з м. Тиврів, Кацап Т. М. зі м. Тульчина, Пересунько В.А. з м. Тростянець, а також головний лікар Джуринаської дільничої лікарні Нагорний О.І. І не можу не відзначити сумлінної праці світлої пам'яті Сокол Л. М. з м. Тростянець, Лисиці В. П. з м. Тульчин. А як не згадати добрим словом Кубу Т. П. з м. Могилів-Подільський, Колісник А.І. з м. Бершадь, Мобчак І. М. з м. Тульчин.

А поруч з ними заслуговують найкращої похвали і вінницькі лікарі: Нікітіна М. В. з лікарні ЦПМСД №3, Гудкова О. О. з лікарні ЦПМСД №5, Кушнір О. О. з лікарні ЦПМСД №4. Це завдяки їхній високій кваліфікації, сумлінному виконанню службових обов'язків, душевному теплу продовжується життя тисячів тих, хто постраждав внаслідок аварії на ЧАЕС.

Ми продовжуємо таку потрібну справу — стояти на сторожі здоров'я наших громадян, робити все, щоб зберегти у людей віру в світлий завтрашній день.

ПОВІРИТИ- ЖИТТЯ ПРОДОВЖУЄТЬСЯ

Потапенко Галина Григорівна

головна медична сестра КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

Восени 1990 року я почала працювати палатною медичною сестрою неврологічного відділення. Через вісім років стала старшою медичною сестрою цього ж відділення, а з 2003 року працюю головною медичною сестрою Вінницького обласного спеціалізованого клінічного диспансеру.

Скільки тисяч постраждалих ми пролікували за ці роки, скільки людських доль стали для нас близькими. Адже ми старалися оздоровлювати не лише тіло, а й душу кожної людини.

Одна з життєвих історій закарбувалася в моїй пам'яті назавжди. Це була жінка з Прип'яті, яка працювала майстром на місцевому маслозаводі. Усе зароблене за довгі роки, усе тепло й любов вона вклала у свою родину, свій дім. Вона збудувала хату, облаштувала її, цінувала і берегла в ній кожну річ як часточку своєї мрії про благополучне і спокійне майбутнє.

І одного трагічного дня їй довелося залишити все назавжди. Довелося негайно виїжджати — без жодних речей, без прощань і без можливості повернутися в своє родинне гніздо.

Лікуючись у нашому неврологічному відділенні, ця жінка зі сльозами на очах говорила про хату, поріг якої вже ніколи не переступить, про сад і яблука, з якого вже ніколи не куштуватимуть члени її родини, про землю, яку вже не доведеться засівати квітами і яку навечно забрали з-під її ніг.

На той час цій жінці було близько 50 років, і таких, як вона, були тисячі людей, у яких забрали минуле і майбутнє, могили предків, а можливо, і колиски онуків та правнуків. Це була невидима трагедія, яка змінила мільйони доль і зробила тисячі людей переселенцями, коли доводилося починати життя з нуля.

А здоров'я давало про себе знати постійно.

У моїй пам'яті закарбувалися обличчя ліквідаторів — наче вирізьблені з каменю, сповнені болю і відчаю, а також обличчя переселенців, які боялися не так хвороб, як самотності й невпевненості в майбутньому.

Перші післячорнобильські роки навчили нас особливої майстерності — лікувати не лише тіло, а й душу. Робити все, щоб люди позбувалися страху, відчаю, внутрішньої тривоги і напруги.

Це вкрай необхідно і сьогодні, адже ми надаємо допомогу не лише чорнобильцям та їхнім нащадкам, а й воїнам — учасникам бойових дій, які пройшли криваве пекло війни.

Хочу відзначити високий професіоналізм і старання старшої медичної сестри терапевтичного відділення Віри Коштурської, а також Ірини Цвіркун, Людмили Заклевської, Людмили Кіптук, Світлани Матвійчук, Марії Кушнір, Любові Кіріліної та інших, які всю душу вкладали в улюблену справу.

Чорнобильська трагедія спричинила те, що радіація залишила свій згубний слід у кістках, призвела до гіпертонії, хвороб щитовидної залози, хвороб шлунку, серцевих недуг, онкозахворювань, а також посіяла в людських душах страх і тривогу.

Скільки нам потрібно було сил, терпіння і душевного такту, щоб вислухати цих людей і допомогти їм повірити, що життя продовжується, що варто боротися за кожен крок, кожен день, дарований Богом і добрими людьми.

ЗДОРОВ'Я - НАЙБІЛЬШЕ БАГАТСТВО

Шевчук Микола Іванович
лікар-хірург КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»

У Чорнобильському диспансері я працюю з 2000 року. До того 26 років трудився у Калинівській районній лікарні. Якщо врахувати, що зі своєю дружиною я познайомився у 1986 році — вона ліквідатор першої категорії — то стає зрозумілим, яке місце у моєму житті займає Чорнобильська тема.

Життя і проблеми ліквідаторів аварії, переселенців, усіх, кого чорним крилом у квітневі дні торкнулась радіаційна хмара з Прип'яті, стали невід'ємною частиною мого професійного шляху.

Я був кілька разів у Чорнобилі та Прип'яті — цих безлюдних містах. Страшно дивитися, як на балконах покинутих будинків вирости дерева, а в парку стоять заіржавілі каруселі, на яких вже ніколи не покатаються діти.

У 1996 році було створено диспансер радіаційного захисту населення як головний заклад мережі спеціалізованої медичної допомоги в області, підготовлено фахівців для організації в районах медико-санітарного забезпечення постраждалого населення та впроваджено Державний реєстр.

Першою і найбільш необхідною ланкою медичної допомоги була організація мобільних медичних груп із залученням найбільш підготовлених фахівців для прийому постраждалих безпосередньо в районах області. У забруднених районах тоді проживало близько 160 тисяч людей різного віку.

У перші роки спостерігалось зростання захворювань кровотворної системи, нервової системи, патології серцево-судинної системи, гіпертонічної хвороби, раку щитоподібної залози, раку молочної залози у жінок, захворювань шлунково-кишкового тракту, а також патології суглобів і уражень хребта.

Роботи лікарям вистачало. Вже тоді на високому рівні було поставлено діагностичну службу — у нас працював комп'ютерний томограф, переданий зі США. Першим на ньому працював світлої пам'яті Руслан Побірчий.

Вперше в нашій лікарні з 1997 року було запроваджено лапароскопічні операції. Щомісяця ми приймали по 360–370 пацієнтів, з них близько 80% — чорнобильці. За останні п'ять років у хірургічному відділенні проліковано близько 2000 постраждалих від аварії на ЧАЕС.

Пишаюся тим, що у Вінниці вже є медична династія Шевчуків. Моя дружина Лариса Іванівна — лікар-терапевт, син Андрій — лікар-фізичної та

реабілітаційної медицини, син Юрій — лікар-травматолог військового госпіталю, невістка Галина — лікар реаніматолог-анестезіолог лікарні швидкої допомоги. Маємо трьох онуків, я сподіваюся, що хтось із них також обере професію медика, адже здоров'я людини — найголовніше багатство на землі.

ВИКОРИНЮВАТИ ПОТВОРНЕ, БАЧИТИ ПРЕКРАСНЕ

*Плюшко Світлана Миколаївна
лікар-офтальмолог КНП «ВОКМРЦВВРЗНВОР»*

Минають роки, десятиліття, але та рана, що її заподіяла нашому народові аварія на Чорнобильській АЕС, болить і досі. Так, постраждалих внаслідок цієї катастрофи в Україні — близько двох мільйонів людей. Значна територія нашої області зазнала тоді забруднення радіонуклідами, що мають різні періоди напіврозпаду. Тисячі квадратних кілометрів подільської землі постраждали від забруднення цезієм-137 (період розпаду — 30 років), стронцієм-90 (період розпаду — 28,8 років). Доля активності цих отруйних радіонуклідів становила у викиді відповідно 10% і 4%.

Зважаючи на тривалий час напіврозпаду та значну їх частку у викиді, забруднення території кількох районів нашої області є значним і сьогодні. Отож роботи медичним працівникам нашого Чорнобильського диспансеру вистачає і тепер, через 40 років після того страшного 26 квітня 1986 року.

З моменту створення диспансеру ми приймали постраждалих і їхніх нащадків у поліклініці, виїжджали у складі мобільних груп у райони, працюючи за місцем проживання наших пацієнтів. За два-три дні приймали близько 300 осіб. Це не лише люди старшого і середнього віку, а й молодь, діти шкільного віку, зовсім малі.

Опромінення радіонуклідами, на жаль, дає печальні наслідки і через багато років: вражає різні органи людини, пришвидшується процес старіння, більш ранніми стають катаракти, пошкодження сітківки ока.

Отож, як зберегти зір, допомогти очам добре бачити і в старості? Не треба нехтувати щорічними оглядами спеціалістів, а тим, у кого є проблеми із зором, необхідно звертатися до лікаря два-три рази на рік. Моя порада і дорослим, і дітям: менше спілкуватися з гаджетами. Постійне користування телефоном і комп'ютером шкідливе для очей. До чотирьох років дітям взагалі не можна давати до рук телефонів, адже відбувається формування органів зору — і анатомічно, і функціонально.

І діти, і дорослі мають більше ходити, дихати свіжим повітрям, дивитися на дерева, квіти, хмари, спостерігати за навколишнім світом, дивитися вдалину. Така природна гігієна зору.

Хочу побажати і своїм колегам по диспансеру, і нашим пацієнтам
доброго здоров'я, активного довголіття, миру і здійснення всіх їхніх світлих
сподівань.

Саме про це мій вірш:

Весна

Як хочеться просто жити,
Просто когось любити,
Просто всьому радіти,
Як у щасливому сні.

І знову проб'ються трави,
І знову світ стане яскравим,
І буде радіти він.

Весна прийде неминуче,
І ліс знову буде співучим,
І жайвір у небі синім
Розсипле ранковий дзвін.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ	5
40 РОКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОГО БОЛЮ: ПАМ'ЯТЬ, СТІЙКІСТЬ ТА СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ВІННИЧЧИНИ	
Заболотна Н. М.	5
СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Ярмоленко С.А.....	6
40 РОКІВ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЯ: ДОВГОСТРОКОВІ МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ТА РОЛЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ	
Голодюк С. М.....	9
МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС В СУЧАСНИХ УМОВАХ	
Голодюк С.М., Осадчук А.В., Буткалюк Д.Д.....	14
ЕПІДЕМІЯ COVID 19 БУЛА НОВИМ ВИКЛИКОМ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС	
Жебель В. М., Голодюк С. М., Корзун Т. Б., Люта Т.В., Старжинська О. Л., Лозинський С. Е., Франчук С. В.	16
ЗОНА ВІДЧУЖЕННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН	
Яковишена Л. О., викладач фізики, доктор філософії, Куліковська Д., Куліковська В., Мельник М., Сапіга В.	17
ДЕНЬ ПАМ'ЯТІ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ ТРАГЕДІЇ.....	19
У ЧОМУ НЕБЕЗПЕКА РАДІАЦІЇ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
Олевінська В.М., Клибанівський. В.В., Стрільчук Л.М.....	19
РОЛЬ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ У КНП «ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ МЕДИЧНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА РАДІАЦІЙНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»	
Буткалюк Д. Д., Михайленко М. В.	23
ЧОРНОБИЛЬ. МЕДСЕСТРИНСТВО КРІЗЬ РОКИ ВИПРОБУВАНЬ	
Потапенко Г. Г.	25
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ЗА ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	
Палій Д.В., Гайдук О.А., Шкондіна О.Ф., Войналович О.О., Шмигельська Т.В., Вжецон Т.В.....	27

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ УРОКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ
КАТАСТРОФИ

Палій Д.В., Гайдук О.А., Шкондіна О.Ф., Войналович О.О.,
Шмигельська Т.В., Вжецон Т.В. 28

ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА: ІМУНОЛОГІЧНІ ВИКЛИКИ ТА
СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ

Кириченко Л.М., Кулик Л.Г., Бондарчук О.Б. 30

ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ ТА
ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Дика Л. М. 31

РОЗДІЛ II. СТАН ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК
ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ..... 34

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ:
СТАЦІОНАРНИЙ ВИМІР ПРОБЛЕМИ

Жебель В.М., Старжинська О.Л., Люта Т.В., Загородня Є.В. 34

СУДИННЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ: ВІДМІННОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ
ЗАХВОРЮВАННЯ

Кузьміна Н.В., Іванкова А.В., Романова В.О., Кульчицька О.М., Бурдейна
Л.В., Назарова М.С., Шаповал І.І. 35

ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕРЕД ПОСТРАЖДАЛИХ В НАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Овсяновська Е.В. 37

КАРДІОРЕСПІРАТОРНА КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ. МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ
ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ.

Савицька О.О., Перебетюк Л.С., Лілевська А.А., Романова В.О. 38

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ПОРУШЕНЬ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Беліченко Т.Г., Корнійчук О.І. 40

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ
КАТАСТРОФИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ
ЧЕРЕЗ 40 РОКІВ

Євтушенко А.А. 41

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ У
ЖІНОК ГРУПИ РАДІАЦІЙНОГО РИЗИКУ

Маркевич Б.О. 44

АВАРІЯ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ ТА
ВПЛИВ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЗДОРОВ'Я
НАСЕЛЕННЯ: СТАН ОРГАНУ ЗОРУ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ Плюшко

С. М., Плюшко Р. І. 46

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК КАТАСТРОФИ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС	
Якименко Л.В.....	47
ВІД ЧОРНОБИЛЯ ДО ВІЙНИ: ПОШУК БЕЗПЕЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЧЕРЕЗ МОДИФІКАЦІЮ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ	
Палій І.Г., Капітун А.Г., Ксенчина К.В.	49
ДИНАМІКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС: ВИКЛИКИ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Капітанчук І.В., Луценко К.С., Дворовенко О.В.	50
НЕВРОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ	
Соколовська К.Є.	52
ПЛАНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС	
Маркевич В.Ф., Лещенко Ю.М., Даценко А.В.	54
ОКЛЮЗІЙНО - СТЕНОТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕРЕФЕРІЙНИХ СУДИН У ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС	
Шевчук М.І.....	55
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО РИНИТУ: ПІДСЛИЗОВА ВАЗОТОМІЯ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ	
Кот Л.В.....	57
АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ІМПЛАНТАЦІЇ В ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО БУГРА У ПАЦІЄНТІВ З АТРОФІЄЮ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА БЕЗ СИНУС-ЛІФТИНГУ	
Буткалюк І.Д., Буткалюк Д.І.....	59
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Повshedна Г.П., Пташник Н.П., Савенко В.С.....	60
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС	
Повshedна Г.П., Пташник Н.П., Савенко В.С.....	61
 РОЗДІЛ III. ІСТОРИЧНИЙ НАРИС: 30 РОКІВ СЛУЖІННЯ.....	63
 РОЗДІЛ IV. ВІД ПЕРШОЇ ОСОБИ: СПОГАДИ МЕДИКІВ	121