

*Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Наукове товариство гігієністів України  
Проблемна комісія «Гігієна навколишнього середовища»  
Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології  
ім. О.М.Марзєєва Національної академії медичних наук України»  
/ДУ «ІГМЕ ім. О.М. Марзєєва НАМНУ»/*

**" АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГІГІЄНИ ТА  
ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ "**  
**ЗБІРКА ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
**НАУКОВО–ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
*(восьмі марзєєвські читання, 2012 рік)*

**Випуск 12**

23–24 травня 2012 р.

м. Київ — 2012 р.

коефіцієнт 0,066 для розрахунку гранично допустимого рівня масової концентрації нерозчинних наноматеріалів. Крім того, фахівці з країн Європи та США для оцінки ризику в сфері нанотехнологій пропонують використовувати підхід "Смуги контролю". Цей простий, але ефективний підхід базується на використанні доступної інформації щодо токсичності наноматеріалів та рівнів експозиції на виробництві. Саме цей підхід є рекомендованим для застосування в тих випадках, коли через брак інформації традиційна оцінка ризику є неможливою.

При оцінці експозиції рівень запиленості бажано оцінювати за допомогою лічильників в режимі реального часу. В свою чергу, за рекомендаціями національних інститутів професійної безпеки та здоров'я США та Німеччини (NIOSH та IFA) для металів, оксидів металів та інших біологічно стійких дисперсних наноматеріалів зі щільністю  $>6000 \text{ кг/м}^3$  кількісна концентрація наночастинок в повітрі робочої зони не повинна перевищувати  $20000 \text{ частинок/см}^3$ , а для біологічно стійких дисперсних наноматеріалів зі щільністю  $<6000 \text{ кг/м}^3$  —  $40000 \text{ частинок/см}^3$ . Власними дослідженнями з використанням дифузійного аерозольного спектрометра ДАС-2 (Росія) досліджено динаміку концентрації частинок нанодіапазону під час роботи електронно-променевої установки УЕ-202, де отримують порошки речовин у високодисперсному стані, зокрема металів (Ag, Cr, Ni, V, Fe та ін.). Максимальна концентрація частинок від 1 до 100 нм становила  $135618 \text{ частинок/см}^3$ , тобто значно перевищувала рекомендовані в країнах ЄС та США рівні експозиції. Мінімальна концентрація частинок від 1 до 100 нм становила  $14666 \text{ частинок/см}^3$ , тобто відповідала допустимому рівню. При цьому було встановлено, що закритий технологічний процес не гарантує повної безпеки працюючих.

## **Про вивчення циркуляції арбовірусів серед членистоногих Рівненської області**

*Драб Р.Р., Шевченко Г.М., Гуцук І.В., Шелевицька Л.В.*

**Держаний заклад «Рівненська обласна санітарно-епідеміологічна станція»  
МОЗ України, м. Рівне**

Проблема поширення арбовірусних інфекцій досить актуальна для Рівненської області, зважаючи на визначення її території як зони масового поширення гнусу. Міграційні русли птахів визначають можливість занесення ряду арбовірусів з місць зимівель з подальшим формуванням сезонних або стійких природних вогнищ. На даний час в області відсутнє своєчасне виявлення хворих на природно-вогнищеві інфекції, діагноз встановлюється лише ретроспективно. Тому досить актуальним для нас було забезпечення комплексного лабораторного дослідження на природно-вогнищеві інфекції об'єктів довкілля – кровосисних членистоногих.

Завдяки співробітництву між держсанепідслужбою Рівненської області і Львівським НДІ епідеміології та гігієни в регіоні вдалося налагодити і покращити вивчення поширеності арбовірусних інфекцій. Протягом 2004-2011 років для вивчення спектру циркуляції арбовірусів серед членистоногих Рівненської області зі всіх

адміністративних територій і міста Рівне було відібрано і досліджено методом ІФА 14845 зразків кліщів і 35943 – кровосисних комарів.

Виявлена активна циркуляція флавівірусів **кліщового енцефаліту** в 7-ми населених пунктах області, де визначалися й інші арбовіруси, здатні викликати тяжкі форми мікст-інфекцій, що має велике епідеміологічне значення. Рівень серопозитивності до ВКЕ знаходиться в межах від 7,5-10% у Рівненській області до 10,4-12,3% у Волинській, яка з нами безпосередньо межує, що вказує на високу епідемічну небезпеку та ризик інфікування людей ВКЕ.

Новими даними для України є факт виявлення антигену **вірусу Крим-Конго геморагічної лихоманки (ККГЛ)** в іксодових кліщах п'яти районів Рівненської області, що поповнює перелік територій України, де виявлявся антиген ККГЛ. Випадки захворювання населення нашої країни на ККГЛ упродовж 1999-2011 рр. не реєструвалися, однак, враховуючи потенційну небезпеку цього вірусу, який відноситься до першої групи патогенності, необхідні додаткові комплексні дослідження з метою вивчення особливостей його циркуляції на Рівненщині.

Вперше виявлено антиген **вірусу Укуніємі** в пробах кліщів 10-ти населених пунктів, що демонструє особливу активність вірусу та існування високого епідемічного потенціалу його природних вогнищ на території Рівненщини. Найбільше природних осередків локалізуються у Північно-Західному та Західному Лісостепу, у Східному та Західному Поліссі.

Епідемічна ситуація з **гарячки Західного Нілу** практично не визначена через відсутність на базі обласних санепідстанцій її лабораторної діагностики. Штами вірусу виділені від кровосисних комарів *Ae. communis*, відібраних у 7 районах області, переважно у зоні Лісостепу. Визначення антигену вірусу Західного Нілу в комарах Рівненської області підтверджує дані білоруських вчених про виділення цього вірусу в Білоруському Поліссі, з яким наш регіон межує, і потребує подальшого вивчення.

В Рівненській області вперше виявлена і підтверджена циркуляція антигену вірусу **Bamai** в комарах видів *C. pipiens* і *An. maculipennis*, як геокліматичної зони Полісся, так і Лісостепу – у 7-ми населених пунктах. Можливість повторного кровосання цих видів комарів, навіть в осінньо-зимовий період, створює можливість виникнення внутрішньодомових вогнищ інфекцій і вимагає постійного моніторингу.

Із серологічного комплексу Каліфорнійського енцефаліту в нашій області також вперше виявлена циркуляція **вірусу Тягіня** в зразках комарів *Culex pipiens*, що дуже нестерожусь, враховуючи трансваріальний механізм передачі вірусу та особливу стійкість його вогнищ у відносно суворих умовах центральних і північних частин помірно-кліматичного поясу.

Таким чином, наведені дані свідчать, що в Рівненській області існують природні вогнища з арбовірусних інфекцій, що потребує систематичного дослідження членистоногих на підконтрольній території, а також здійснення постійного еколого-ентомологічного та епідеміологічного нагляду за станом виявлених і визначення їх нових природних осередків.

#### Література

1. Медицинская вирусология, руководство под ред. Д.К.Львова.– М., 2008.
2. Інф. лист ДЗ «Центральна СЕС» від 09.11.2011р. № 04.4.-03.03/226-2432.

- проведення еколого-гігієнічної експертизи законів, програм, нормативно-технічної і інструктивно-методичної документації, в якій висвітлені питання збереження здоров'я і оточуючого середовища, містобудівної проектно-документації, продукції, матеріалів, речовин, виробів, апаратів, використання яких може нанести шкоду людині.

В результаті досліджень, які проведені в цьому напрямку, можливо виявити характер і специфіку впливу шкідливих факторів довкілля, дати оцінку ступеня загальної захворюваності в окремих регіонах; виявити тенденції і характер змін стану здоров'я населення внаслідок впливу конкретних комплексів забруднюючих речовин; розробити профілактичні і оздоровчі заходи і оцінити ефективність їх проведення.

З метою вирішення ряду нових проблем, які безпосередньо зв'язані зі складними екологічними умовами, необхідно розробити наукові основи біомоніторингу, карти і реєстри регіонів з урахуванням рівнів забруднення навколишнього середовища і стану здоров'я населення.

Все це допоможе створити ефективні системи управління наукою, які необхідні, перш за все, для державних організацій, робота яких здійснюється на основі сучасного менеджменту і використання інформаційних технологій.

## **Державна санітарно-епідеміологічна експертиза як інструмент поліпшення якості санітарно-епідеміологічного нагляду**

*Севальнев А.І., Зикін О.В., Гаврікова О.П., Тищенко Т.М.*

**ДЗ «Запорізька обласна санітарно-епідеміологічна станція» МОЗ України,  
м. Запоріжжя**

В статті наведена роль державної санітарно-епідеміологічної експертизи в структурі соціально-гігієнічного моніторингу та окреслене значення державної санітарно-епідеміологічної експертизи при здійсненні поточного санепіднагляду.

Розвиток українського суспільства в напрямку євроінтеграції, підвищена законодавча обізнаність громадян, які є споживачами вітчизняних та імпортованих товарів, значний обсяг інформаційних матеріалів в ЗМІ, які пропагують здоровий спосіб життя та споживання виключно безпечних продуктів харчування та товарів широкого вжитку, стрімкі зміни, які відбуваються у нормативно-правовому полі держави, потребують еволюційних змін в діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби України, та зокрема в частині організації та проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи. Перед фахівцями санепідстанов різного рівня майже щоденно виникають питання необхідності проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи різних об'єктів – будівель та споруд, нормативної документації, вітчизняної та імпортованої продукції, сировини, дитячих товарів, полімерних виробів, меблів та ін. Необхідність в проведенні державної санітарно-епідеміологічної експертизи існуючих об'єктів щодо відповідності вимогам санітарних норм і правил викликана також і позицією органів влади, які потребують отримання суб'єктом господарювання

висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи при вирішенні питань надання дозволів, ліцензій та інших дозвільних документів суб'єктам господарювання.

У результаті проведеної протягом 2009-2011 рр. держсанепідекспертизи майже 28000 об'єктів встановлені критерії, які підлягають контролю, та визначені об'єкти, безпечні для здоров'я людини і навколишнього природного середовища. За пропозиціями санепідслужби по виявленим в ході держсанепідекспертизи недолікам покращений санітарно-технічний стан на 800 об'єктах, розроблена та узгоджена технологічна документація на 264 об'єктах, організований відомчий лабораторний контроль на 593 виробничих об'єктах Запорізької області, 35 об'єктами отримані карти даних небезпечного фактору, визначено клас безпеки 7 речовин, що ввозять на територію України по імпорту, створений територіальний реєстр товаровиробників та продукції, що виробляється. Таким чином, у санепідслужби формується принципово новий, сучасний підхід до організації нагляду.

В умовах діючого законодавства України державна санітарно-епідеміологічна експертиза має бути основним елементом державного санітарно-епідеміологічного нагляду та невід'ємною складовою частиною та ефективним інструментом державного соціально-гігієнічного моніторингу. Більше 1200000 мікробіологічних та понад 300000 санітарно-гігієнічних лабораторних досліджень, проведених в ході попереднього та поточного державного санітарно-епідеміологічного нагляду протягом 2009-2011 рр. для потреб держсанепідекспертизи, є важливим статистичним елементом для оцінки ризику для життя та здоров'я різних верств населення, обґрунтування заходів профілактики всіх видів захворюваності на підконтрольній території.

Неодноразові семінари та навчання з питань організації державної санітарно-епідеміологічної експертизи, проведені фахівцями облСЕС протягом 2008-2011 рр., були орієнтовані на якнайширше впровадження державної санітарно-епідеміологічної експертизи в практичну діяльність територіальних санепідстанцій.

Оскільки висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи є документом, який містить чіткі медико-біологічні вимоги та дані про показники безпеки, він є найважливішим документом при здійсненні поточного санепіднагляду.

## **До питання ліквідації територіальних закладів держсанепідслужби**

*Шевченко Г.М., Гуцук І.В.*

**ДЗ «Рівненська обласна санітарно-епідеміологічна станція» МОЗ України,  
м. Рівне**

Майже сторічна історія становлення Держсанепідслужби дала можливість напрацювати гігієнічні нормативи, які по багатьох показниках є одними із найбільш жорстких у світі. На жаль ці нормативи і є одними із спірних питань, на які дуже боляче реагує як вітчизняне так і зарубіжне бізнес-середовище, особливо стосовно харчової продукції. Дилема полягає в наступному: чим менш жорсткі вимоги до якості продукції, тим менше затрачує, а тому більше отримує прибутку бізнес, але при цьому

в разі зростає ризик шкідливого впливу на життя і здоров'я людини, якщо постачальник цієї продукції має собі за головну мету-збагачення.

На сьогоднішній день, на рівні територіальних громад, на заваді недобросовісного товаровиробника фактично залишались виключно територіальні СЕС, які по лабораторному та кадровому забезпеченню не мають аналогів в Україні серед державних закладів на районному рівні. Ми стали на заваді, і через це нас хочуть замінити на більш поступливих, прикриваючись при цьому загальнопафосними гаслами, а на справді – дезінформацією найвищих посадових осіб держави.

Звичайно, в середовищі фахівців розуміють, що реформа Держсанепідслужби необхідна, але яка мета реформи? Покращення бізнесклімату і "зелена вулиця для отримання прибутку" чи соціально-економічна відповідальність господарюючих суб'єктів перед своїми громадянами за їхнє здоров'я, здоров'я майбутніх поколінь, збереження генофонду нашої нації. Сьогодні лише близько 7% випускників шкіл можна віднести до категорії здорових. Мабуть, треба над цим замислитись всім.

Реформа Держсанепідслужби після 1996 р. і до цього часу полягала в планомірному її знищенні: через закриття спеціалізованих сан.-гіг. факультетів в медінститутах, ліквідації одного із головних принципів профілактичного напрямку діяльності-здійснення запобіжного нагляду на стадії відведення земельної ділянки, погодження проектної документації, раптових епідеміологічних обстеженнях об'єктів та багато чого іншого.

Незважаючи на те, що в 2008 р. була розроблена та схвалена Концепція розвитку державної санітарно-епідеміологічної служби на 2009-2013 роки і Кабінетом Міністрів України було прийнято розпорядження від 25.11.2009 р. №1685-р "Деякі питання розвитку та переоснащення установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби України на 2010-2012 роки" *виключно через особистістні суб'єктивні причини, непрофесійність, і сповідання принципу "аби не гірше"* як нашого тодішнього керівництва так і нас, зазначене розпорядження та положення Концепції не були виконані, а більш амбіційні керівники центральних органів виконавчої влади поступово перебирали на свої відомства ті повноваження, які десятиліттями виконувала держсанепідслужба.

14.11.2011р. прийнято постанову КМУ №1184 "Про затвердження граничної чисельності працівників територіальних органів центральних органів виконавчої влади", п. 4 якої зобов'язано МОЗ здійснити заходи щодо ліквідації бюджетних установ, а п.5 – забезпечити скорочення у 2012 р. щокварталу не менше ніж 6 тисяч працівників закладів державної санітарно-епідеміологічної служби України.

Таке "авральне" проведення реформування Держсанепідслужби звичайно ні до чого доброго для нашої держави і громадян не приведе. Особливо для дітей, які знаходяться в дитячих садках, школах, професійно-технічних освітніх закладах. Необхідно акцентувати увагу на те, що не за горами проведення весняно-літнього оздоровчого періоду, а ще на носі Євро-2012. Так що епідемічна ситуація, на нашу думку, може значно ускладнитись.

До цього часу у нас відсутні офіційні документи (постанови КМУ, накази МОЗ України, тощо), які б чітко регламентували порядок, терміни та інші моменти

стосовно ліквідації СЕС та скорочення працівників. Відсутній адаптаційний механізм для працівників, що підлягають скороченню.

В запропонованому варіанті ліквідація структури СЕС є прямим порушенням норм статті 49 Конституції України, якою заборонено скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, якими є і заклади СЕС, а також вимог законодавства про працю.

Керівники санепідзакладів фактично залишені без варіантів вибору, тому що у будь-якому випадку вони порушать Конституцію та Трудове законодавство України і можуть понести за це кримінальну відповідальність.

Тепер стосовно реформи контролю за харчовою продукцією в нашій країні на прикладі Рівненської області: лікарів з гігієни харчування у нас 17, а помічників лікарів 46, це відповідно складає 6 та 7,6 % від загальної кількості лікарів та помічників лікарів держсанепідслужби області, а скоротити маємо 50 % від всієї чисельності працівників тобто майже 700 осіб.

Ми хочемо перейти на європейську модель оцінки безпеки харчових продуктів, забуваючи при цьому, що європейці йшли до такого кроку багато років. Європейська модель передусім передбачає відповідальність виробників, які зобов'язані запровадити систему з управління якістю, оцінки небезпеки, такі як ISO, HACCP, та стандарти доброї виробничої практики. В Європі такі системи почали впроваджувати 10-15 років тому, а ми хочемо зробити таке реформування в нереальні терміни і фактично через знищення розділу гігієни харчування в Держсанепідслужбі.

Ми переконані, що запланована реорганізація СЕС в запропонованому варіанті, це не реорганізація — це знищення існуючої системи державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні. До питання реорганізації, а не ліквідації СЕС необхідно підійти більш виважено, з обов'язковим дотриманням принципів проведення адміністративної реформи в Україні. Скорочення працівників СЕС більш ніж на 30% зруйнує систему державного санепіднагляду, а враховуючи, що збереження здоров'я та життя людини є і повинно бути головною метою національної безпеки будь-якої країни, це питання необхідно віднести до державних пріоритетів.