

## СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" в Комітеті Верховної Ради України  
з питань охорони здоров'я на тему:

"Шляхи зниження дитячого травматизму від опікової травми.  
Міжнародний та вітчизняний досвід – вчимося разом"

25 січня 2018 року

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Доброго дня, шановні колеги! Дозвольте розпочати засідання "круглого столу" Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: "Шляхи зниження дитячого травматизму від опікової травми. Міжнародний та вітчизняний досвід – вчимося разом".

Я дякую всім представникам міністерств, представникам всіх наших областей, нашій медичній спільноті за те, що ви долучилися до цього "круглого столу". Я дуже сподіваюся, що він буде для вас і для всіх нас дуже корисним, тому що ми готувалися до нього понад півроку. За ці півроку ви, мабуть, отримували запити від Комітету з питань охорони здоров'я, що, як, можливо, не розуміли, для чого нам стільки інформації потрібно, але сьогодні у кожного із вас на столі є така презентація, яка називається "Проблеми і рішення", і, власне, це моє бачення, як можна в Україні проводити горизонтальні реформи. Вертикальні реформи у нас, на жаль, або не працюють, або працюють дуже повільно, але якість життя нам потрібно змінювати вже. І якщо ми зараз спільно з вами об'єднаємо наші зусилля, ви побачите, що вже через рік ми з вами побачимо зміни. І які ці будуть зміни, я вам розкажу.

Хочу зазначити, що наш "круглий стіл" відбувається в "білій залі" – це одна з найкращих зал парламенту.

Хочу сказати, що у нас сьогодні присутній професор Гарвардського університету, який прилетів з Бостону спеціально для того, щоб прийняти участь в нашому "круглому столі", – це Геннадій Фузайлов, я надам йому слово після своєї доповіді.

Хочу також зазначити, що наш "круглий стіл" іде в прямому ефірі, і нас дивиться Україна.

Прошу вас відкрити презентації, вони у вас роздруковані, і буду дуже щаслива, якщо ви будете робити помітки або ставити запитання.

Проблема. 7 тисяч опіків щорічно реєструється в Україні. Що таке 7 тисяч опіків у дітей? Це 84 тисячі дитино-днів, проведених у лікарні. 84 тисячі днів – це 230 років одного життя. Скільки, власне, коштує нам ці 230 років? Понад 1 мільярд гривень сукупних витрат держави і батьків хворих дітей. Це сотні дітей-інвалідів. Я думаю, що присутні тут комбустіологи знають багато випадків, коли внаслідок рубцювання дитина не може вести нормальний спосіб життя, це десятки дітей, яких не вдалося врятувати.

Яка причина втрати життя, інвалідизації, таких державних витрат і сукупних? Причина головна щодо опіків у дітей, а, власне, найчастіше вони

виникають у дітей до 5 років, і найчастіша причина – це окріп (кип'яток, вар), це неуважність батьків. Те, що стосується підлітків і старших дітей – це їх недбалість і, власне, їх незнання того, що селфі на електричці, вибухівка можуть відібрати життя, або електричні різні експерименти. І, безперечно, в Україні майже ніхто не знає, як потрібно правильно надавати першу невідкладну допомогу при опіках. По ній ми поговоримо окремо.

Прошу вас подивитись на цей графік перед вами. Це що в нас відбувається в областях. У нас є представники майже всіх областей сьогодні. Подивіться, будь ласка, на цьому графіку опіки в дітей від 0 до 14 років, знову ж таки більшість з них це опіки в дітей до 5 років. Порівняйте Чернівецьку, Харківську і Львівську області, де показник 4 - 6 дітей на 10 тисяч населення і подивіться, що відбувається в Херсонській, Вінницькій і Кіровоградській, де показники опікової травми в дітей у 4 - 5 разів вищі.

У вас може виникнути запитання: можливо це дані тільки одного року і так воно трапилось? Я задала собі це запитання: можливо рік від року змінюється картина? Подивіться наступний слайд. Та сама інформація подана вам за 3 роки, можна дивитись і попередні роки. Насправді вона демонструє, що показники практично не змінюються. Є області, в яких трошки іде зменшення, є області, в яких трошки іде збільшення, але системно вони знаходяться абсолютно на тому самому рівні.

Подивіться, будь ласка, якщо ми говоримо про невелике зменшення, загальне зменшення, наступний слайд, будь ласка. Я ще раз нагадую, головна причина опіків у дітей - це окріп. Спеціально написала ще слова-синоніми, як можна називати окріп, "кип'яток" на українській мові: кип'яч, кипень і вар. Це для мене також було відкриття, я вирішила з вами поділитись.

Подивіться, будь ласка, це порівняння в абсолютних числах і на 10 тисяч відповідного населення: ситуація практично не змінюється, але у нас з вами є величезний шанс. Якщо Чернівецька область може мати 4 випадки на 10 тисяч, чому таку саму картину не може мати Херсонська і Вінницька області?

Ще на попередньому слайді, наступний, будь ласка, ми зробили карту України і, власне, вже в цьому році ми проведемо з вами ще один "круглий стіл", де визначимо вже рейтинг 2017 року, ще цифр статистики за 2017 рік немає. Те, що ви бачите, це були цифри за 2016 рік. Ви бачите чорні, то це області, де найбільша кількість обпечених дітей, жовте – де найменша, червоні та оранжеві. Дуже хотілось би, щоб на наступний рік чорних взагалі не було, а жовтих стало більше.

Наступний слайд, будь ласка. В нас є тут представники Чернівецької, Харківської і Львівської областей? Можете підняти руки, будь ласка? Подивіться, будь ласка, вам має бути приємно. І ми відправимо вашому губернатору лист-привітання.

Чи це заслуга освітніх програм у школі? Можливо. Чи це уроки відкриті пожежників у школах? Можливо. Чи це робота лікарів у жіночих

консультаціях, сімейних лікарів? Можливо. Але це не означає, що це вам дає привід розслабитись. Це завдання зменшити ваші показники. І вам буде нелегко. Наступний, будь ласка.

А тепер прошу підняти руки представників Херсонської, Вінницької і Кіровоградської? Є. Я дуже сподіваюся, що в наступному рейтингу у вас вже не буде антирейтингу. І сказати, що це винна влада, депутати, губернатор, брак грошей – ні. Це те, що не працює система, яку легко і потрібно, і можна змінити. Й сьогодні ми вам дамо чіткі інструкції, як зробити так, щоб ваші діти, наші діти, спільні діти, щоб вони не мали такої кількості опіків і такої кількості травматизму.

Ну і бачите, спеціальна відзнака місту Києву. Чому в міста Києва спеціальна відзнака? Тому що ми не знаємо реальну кількість опіків. Справа в тому, що місто Київ є унікальним містом, де проживає людей удвічі більше ніж прописано. Але у зв'язку з тим, що опік потребує невідкладної допомоги, звертаються за допомогою всі. Сьогодні в Києві прописано 2,5 мільйона, реально проживає понад 4. Тому яка ситуація по Києву, ми не знаємо, але кількість опіків достатньо велика.

Як зробити батьків більш відповідальними? Чи ми можемо це зробити? Можемо. Де знаходяться ці батьки? Це програми навчання в жіночих консультаціях, це бесіди сімейного лікаря, це робота соціальних працівників, це уроки в школах майбутнього батьківства, це уроки в середніх школах, це уроки в інститутах для того, щоб привернути увагу до цієї проблеми.

Тепер прошу вас подивитись, власне, попередні графіки стосувались відповідального і не відповідального батьківства, тому що опіки у дітей – це переважно недогляд батьків.

А наступні графіки і наступний рейтинг областей, подивіться: Миколаївська – 3,6 підлітків на 10 тисяч населення, а Одеська – 22,4. Понад 7 разів різниця. І знов-таки, щоб у вас не виникало питань, це стабільні показники. І прошу вас подивитись на наступний графік. На жаль, якщо кількість опіків у дітей меншого віку у нас хоч трішечки зменшилась, то кількість опіків у підлітків у нас збільшилась. Подивіться на 10 тисяч відповідного населення – від 8,6 на 9,3.

Що сприяє? Відсутність знань. Відсутність навичок, відсутність емоцій, селфі на електричці, гра з трансформаторною будкою, гра з вибухівкою, з електроприладами.

Наступний, будь ласка, графік. Прошу вас подивитись області з найбільшим, наступний, будь ласка, графік, це в абсолютних числах росте. Це ви бачите, що ситуація, на жаль, стабільна, і я порівняла Київ, Херсонську і Вінницьку області і бачите, Львівську, Харківську і Чернівецьку.

Прошу вас подивитись на карту, наступний слайд. Ми бачимо зовсім інші "чорні" області, де, власне, безвідповідальні підлітки. Це означає, що негайно потрібно підсилити роботу в школах. І це не просто сторінка в

підручнику, де має бути написано, що не можна лізти в трансформаторну будку, це мають бути інтерактивні ігри, квести. Для дітей меншої школи: знайди небезпечний предмет, для дітей середньої школи: надай першу допомогу, для дітей старшої школи: візьми відповідальність за меншого, тому що багатодітні родини, в першу чергу відносяться до групи ризику.

Наступний слайд, будь ласка. Прошу Миколаївську, Полтавську, Львівську області підняти руки. Я хочу вас привітати з тим, що у вас в області з підлітками працюють гарно: батьки, школа, але знову-таки це привід для того, щоб працювати ще краще. І відповідні листи знову-таки ми направимо для того, щоб ви могли разом з вашими територіальними громадами звернути на це увагу.

Наступний слайд, будь ласка, антирейтинг: Івано-Франківська, Закарпатська і Одеська області. Є представники? Я думаю, що насправді, якщо ми включите всі важелі впливу, то ви можете бути не гірші, ніж Львівська, Миколаївська і Полтавська області. Я впевнена в тому і буду дуже сподіватись, що ми зможемо власними зусиллями змінити ситуацію.

Як збільшити відповідальність і обізнаність дітей про причини і наслідки опіків? Потрібно закарбувати емоції, не просто сторінкою в книжці, а правильним інтерактивним уроком, з запрошенням пожежників, представників Державної служби надзвичайних ситуацій, демонстрацією прикладів, розповідей. Ми все це реально можемо зробити.

Наступний слайд, будь ласка. Я повертаюсь до проблеми. Нагадую, що 7 тисяч дітей щорічно, 1 мільярд гривень витрат сукупних людей і державного і муніципальних бюджетів. Якщо кожній територіальній громаді вдасться змінити ситуацію, то ви реально зможете врятувати життя, використати заощаджені кошти, це якщо говорити на всі області України, це майже по півмільйона.

Тепер прошу відкрити наступний слайд. Подивіться, будь ласка, наша проблема стала меншою, ми взяли її в таку рамочку, в таке віконечко. Хто має бути задіяний? Управління охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я через що? Через зміну нормативних актів, створення стандартів навчання в школах материнства, жіночих консультаціях і сімейних лікарів. Це означає, що кожному вашому обласному управлінню потрібно призначити відповідального і розробити такий документ, який пояснить, як сімейний лікар має працювати з родиною, де має народитись дитина. Він просто має про це сказати, що є така проблема в Україні.

Що має робити Міністерство освіти і науки? Стандарти навчання, знову-таки, нормативні акти – це мова іде зараз про ваші обласні управління освіти. Ви це можете зробити самостійно в кожній області, знаючи і розуміючи, і спираючись на ті рейтинги, які є.

Що має робити Управління соціального захисту? Це безперечно робота з соціально незахищеними родинками, з багатодітними родинками.

Що має робити Служба з надзвичайних ситуацій? І вони готові це робити на ваш заклик. Вони готові відправляти пожежників, представників своїх служб для роботи в школах, вони готові. Якщо потрібно, вони отримають доручення міністра, якщо вам буде потрібна така допомога.

В резолюції цього "круглого столу" ми будемо звертатися до всіх вас і давати вам доручення протягом двох місяців: розробити план підготовки тих ключових людей, які будуть далі нести цю інформацію в глибину.

Будь ласка, наступний слайд. Наша проблема стала, бачите, ще менше пішла в глибину: охорона здоров'я, соцзахист, освіта, мають включитися територіальні громади, місцева влада, Уповноважений з прав людини, Уповноважений по захисту прав дитини. Знаєте, я була шокована стосовно того, що у нас у зв'язку з тим, що у минулому році, не знаю, чи ви знаєте, у нас померло 2 дитини від опіків, яких батьки не привезли в лікарню. І це в XXI столітті! Діти померли вдома від опіків. Таких батьків потрібно притягнути до відповідальності, і це має зробити держава.

Представники духовенства також готові співпрацювати, і вони будуть в церквах говорити і звертатися до мам, до бабусь, до батьків, щоб вони звертали на це увагу.

Прошу вас продивитися рішення, які ми пропонуємо. І прошу вас кожного, коли ви повернетесь в вашу область, знову-таки, це буде прописано в резолюції, якщо у вас будуть пропозиції щодо того, як робити ще інакше і краще, резолюція буде доопрацьовуватися.

Це наказ голови обласної держадміністрації щодо особистого контролю над проблемою вирішення проблеми опіків у дітей в певній області та створення міжвідомчої координаційної групи у складі представників управління охорони здоров'я, освіти, ДСНС, соціального захисту, запрошення до співпраці представників духовенства.

Друге. Накази начальників відповідних управлінь щодо організації проведення тематичних навчань сімейних лікарів, дільничних педіатрів, інших медичних працівників первинної ланки, педагогічних працівників, працівників соціальних служб, пожежників та тих, хто буде проводити профілактичну роботу з відповідними групами населення. Це в наших з вами силах! Перегляд та удосконалення положень чинних відомчих нормативно-правових актів з питань профілактики опікової травми у дітей.

Будь ласка, наступний слайд. І все це разом, навіть, якщо ми це зробимо на відмінно, воно не запрацює, якщо ми не створимо правильний інформаційний простір. Тому представники: і комбустіологи, і охорона здоров'я, і представники освіти, і місцевої влади – всі мають інформувати, давати інформацію в зовнішній простір про наявність цієї проблеми і про шляхи рішення. Має бути нульова толерантність до неуважних батьків. Я розумію, що їм складно, коли у них дитина попеклася, але якби мама не тримала одночасно в руці чайник і дитину, можливо, не було б такого. Тому потрібно про це говорити, потрібно виховувати і підлітків, і батьків.

Привернення уваги до проблем опіків і першої допомоги при них. Залучення соціальної реклами (ви всі маєте в областях таку можливість) та інформаційних партнерів. Хто такі наші інформаційні партнери? І ми вже почали роботу. І тут з мого боку буде максимальне сприяння. У нас вже є виробники дитячого харчування, які готові на пачках дитячого харчування і на воді ставити і писати те, що буде потрібно, щоб проінформувати мамочок, коли вони беруть чайник в руку і беруть дитячу кашку, на цій пачці дитячої кашки буде написано, що вона не може одночасно тримати дитину. Я сподіваюся, що це будуть представники виробників електротоварів, це будуть представники торгових мереж, це будуть представники Торговельно-промислової палати, які підключаться до зміни національної нашої ментальності. Наступний слайд, будь ласка.

Прошу вас мені допомогти, ми вже завершуємо мою презентацію. Коли ми проводили фокус-групи і задавали нашим комбустіологам запитання, а чим приїжджають оброблені діти з опіками, чого тільки не почули: зубна паста, томатний сік, олія, вершкове масло, сало, гусячий жир, горілка, сеча. І якщо ще щось знаєте, скажіть, ми доповнимо картинку. Все це робити не можна. А що ж робити потрібно? Так ось, опитування говорять про те, що ніхто не знає, що потрібно робити.

І саме для того, щоб вам легше було доносити інформацію до всіх груп населення (прошу, наступний слайд), ми підготували алгоритм надання першої допомоги при опіках. Це такий рятівний зонтик, де літера "з" означає "звільни", звільни попечене місце від зовнішнього впливу, від того, що несе небезпеку. Подивіться, буква "о" – "охолоди". Бачите, там стрілочка стоїть "20 хвилин". Охолоджуй у воді не менше ніж 20 хвилин, тому що тільки цей час дасть реальний вплив на ситуацію. Поясню який. Літери "н" означає "накрій" і літера "т" означає "телефонуй". Більше нічого робити не можна. Це єдине, що можна зробити.

Чому ж 20 хвилин? Тому що коли відбувається термічний опік, тепло продовжує заходити вглибину тканин, і від глибини залежить ступінь опіку, наскільки тяжко і глибоко потім буде лікувати. Коли з підвищеною температурою ділянка шкіри чи тіла контактує з холодною водою (не льодяною), холод забирає на себе тепло. Він витягує молекули тепла на поверхню і таким чином забирає тепло з глибини. Воно не йде вглибину. Тобто ступінь термічного опіку можна зменшити за рахунок того, що тримати в холодній воді, але не менше ніж 20 хвилин часу.

Якщо ви вийдете і попитаєте, проведіть експеримент, приїдете у ваші області, потім нам напишете, скільки людей про це знають. От як ви думаєте?

ІЗ ЗАЛУ. Мало.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Одиниці насправді, тому що навіть в лікарській спільноті ще більш-менш, тільки лікарську не питаєте, питаєте пересічних людей – ви побачите, що люди будуть щиро здивовані.

Так от, цей "зонт" кожен з вас може використовувати на свої потреби, але прошу вас почекати до 1 квітня.

Будь ласка, наступний слайд. Прошу вас у ваших регіонах оголосити конкурс серед учнів шкіл, учителів, дизайнерів, студентів, будь-кого на кращу візуалізацію нашого "рятівного зонта". До 1 квітня написана електронна адреса, куди ви можете присилати цю візуалізацію. Всі ті, хто будуть залучені, і прохання, щоб ви це зробили на сайтах адміністрації, на всіх можливих ресурсах. Грошовий приз – 5 тисяч гривень. Для чого нам це потрібно? Нам це потрібно для того, щоб максимальна кількість людей і дітей була включена в процес для того, щоб вони про це дізналися.

Таким чином в кожній школі дізнаються про те, що потрібно робити. І потім, коли ми отримаємо з вами найкращу візуалізацію, у нас буде з вами експертне журі, і потім ви зможете використовувати її в своїй соціальній рекламі, у своїх зверненнях, своїх буклетах, памфлетах. І, власне, таким чином, я сподіваюся, що ми зможемо з вами і вплинути на причини опіків, і стимулювати зміну ментальності щодо боротьби з наслідками.

А тепер хочу сказати, власне, що, так, я говорила, що потрібно створити навчальні програми, щоб навчати тих, які будуть навчати далі.

І, власне, зараз хочу передати слово Геннадію Фузайлову – професору Гарвардського медичного університету, який наведе вам приклад навчальної програми, яка буде стосуватися управліннь охорони здоров'я, що вам потрібно зробити і як. І ми вам готові запропонувати вже готову програму з вже готовими лекторами з вже готовою моделлю. Комусь таке потрібно? Я все ж таки сподіваюся, що ми можемо якимось... Хочу вас мотивувати, щоб у вас ентузіазм був, бо якщо у вас не буде...

Якщо у вас будуть горіти очі, ви реально побачите – ми з вами зберемося через рік, через 2 і побачимо, що ситуація змінилася. Це реально, ми це можемо. Ми маємо побудувати цивілізоване суспільство, дбати один про одного, вчити і передавати свій довід, і у нас з вами все вийде, ми одного дня прокинемося не просто в Європі, а в найкращій країні Європи. І це буде зроблено нашими з вами руками, а не чийось.

Будь ласка, зараз Геннадій Фузайлов.

Геннадій ФУЗАЙЛОВ. Спасибо.

Я хочу спочатку поблагодарить вас за прием, я не скажу вам теплий, потому что на улице холодно. Но то, что вы сюда приехали все, мне очень приятно, что Ольга Богомолец приняла очень серьезно мое предложение 3 месяца назад, и она взялась за это очень серьезно, изучив эту проблему по всем областям Украины.

И мне тоже приятно и я хочу вам сказать, если в процессе моего разговора у вас есть какие-то вопросы, перебивайте, потому что у нас семь часов утра и я могу уснуть и поэтому ваше перебивание даст возможность сделать эту презентацию более как диалог, а не как монолог.

Название моей презентации – это профилактика ожогов в Украине. Можно следующий слайд. Цель моей презентации – это представиться вам и рассказать концепцию программы, которую мы начали делать в 2010 году, а также при помощи средств массовой информации увеличить внимание к этой проблеме и постараться затронуть ваши сердца, я знаю, что это сложно, потому что три часа. Я знаю, это очень много, многие не выдержат столько времени и разработать какой-то план, какой нужно сделать следующий этап. Поэтому я открыт на вопросы, что нужно будет сделать для каждой области, потому что я буду говорить о своем опыте, который был в Львовской области.

Следующая фотография, она не относится к ожогам. Это южная часть Бостона. Она очень красивая, она была переделана 10 лет назад, потому что у нас все коммуникации были над городом, они зарыли их под землю на 200 метров.

Следующий слайд. Я работаю в этом госпитале, который называется Massachusetts General Hospital. Сверху вы видите, что это целый городок. Следующий слайд. И он является одним из самых старейших и самых лучших госпиталей в Америке и мне посчастливилось работать в этом госпитале больше 10 лет.

Следующий слайд. Наверное, медики знают, что первый наркоз был сделан именно в нашем госпитале в 1846 году и у вас это называется день анестезиолога, а это первый наркоз, который был сделан именно в нашем госпитале.

Следующий слайд. Я не хочу делать никакую пропаганду нашего госпиталя и нашей школы. Цель моей презентации – это говорить о профилактике. Я хочу обратить внимание и как-то аргументировать слова доктора Богомолец. Я хочу остановиться на этом слайде чуть-чуть побольше и рассказать, почему я пришел к этой идее. Если мы говорим о профилактике любого заболевания, есть три вида различной профилактики – это первичная, вторичная и третичная.

Вторичная профилактика – это практически врачи, это то, что мы делаем в госпиталях. И это самая дорогая, потому что привели цифры, что на день содержания больного в интенсивной терапии у нас стоит 10 тысяч долларов. Если больной находится 3 месяца, то это миллион долларов только сначала. И если говорить о 7 тысячах детей у вас, то, конечно, трудно измерить страдание больного. Но вы сами понимаете, что вторичная профилактика требует инфраструктуры, требует серьезных вложений и так далее. Я отметил здесь четырем звездочками, чтобы вы поняли, что это очень дорого.



Потом идет третичная профилактика – это реабилитация больных. И если вы поставите просто цифры – вторичная профилактика 7 тысяч детей, вы тратите, допустим, какую-то сумму, допустим, 10 миллионов на 7 тысяч детей, из детей, которые нуждаются во вторичной профилактике, попадают в реабилитацию только 50 процентов. Значит, из этих 7 тысяч 50 процентов – получается 3,5 тысячи, да? Это тоже очень дорого стоит.

И теперь вы смотрите на первую колонку, которая называется "Первичная профилактика". Что такое первичная профилактика? Это профилактика самого заболевания, это самая дешевая вещь. То есть в Украине находится 10 процентов детей до 5 лет. То есть если 44 миллиона по старой статистике у нас населения, речь идет о 4 миллионах населения. Вы куда поставите свои, если у вас есть 1 миллион долларов – на первое, второе или третье, чтобы получить максимальный эффект? Ну и понятно, поэтому и Супрун сделала упор на профилактическую медицину, это имеет смысл. Имеет смысл не только потому, что это дорого, это и более эффективно.

И поэтому мне очень приятно было, я хочу снова сказать то, что Ольга Богомолец откликнулась и очень серьезно взялась за это. И я просто вам скажу об этапах, то, что я сделал во Львовской области, мы сделали во Львовской области. Почему я это сделал в одном месте? Потому что это легче контролировать. Потому что, чтобы сделать во всей стране, нужна более серьезная инфраструктура и вовлечение. Поэтому лучше сделать какой-то пилотный проект в одной области, для того чтобы его распространить. А со Львовской области здесь есть Савчин или нет? Нет. Он заболел, наверное.

Значит, из трех ступеней, первая ступень – это у нас было изучение этой проблемы во Львовской области, и эта ступень у нас заняла очень долгое время – около трех лет. Имплементация программы заняла самое короткое время – это полтора года, и изучение эффекта заняло только один год. Ну вы понимаете, что основная нагрузка и основное время уходит на логистику. И поэтому я призываю использовать логистику – то, что мы сделали во Львовской области, распространить на всю Украину при тех же затратах, при той же форме, чтобы это было экономично и быстро.

Я буду отвлекаться на какие-то слайды детей, чтобы как-то разбавить ваше внимание. То есть как началось? Следующий слайд, пожалуйста. Как началось это, вы, наверное, это знаете. Это началось, мое взаимодействие, с Украины 2005 года, когда у вас была Настя Овчар. Она сначала была в Харькове, потом из Харькова ее перевезли в Киев, и из Киева она попала к нам. И когда приехал и наш госпиталь, оказал лечение бесплатное, и так завязались у меня отношения с Украиной, и меня начали просить о помощи с больницы, где работает доктор Ольга Коваленко, был второй пациент. Я просто остановлюсь на Насте Овчар, вы уже ее видели, вы ее знаете, вы ее видели, Георгий, какая она стала большая девочка, 12 лет прошло, как мы это делаем. И за это время нам удалось привезти в Бостон около 56 больных.

Следующий слайд. И второй ребенок, это то, что меня попросила Ольга Коваленко, это электрический ожог, это был мой второй больной через три месяца сразу. Это Алекс, и он когда шел, у него на плече была удочка и удочка коснулась о 22 тысячи провод и он остался без рук. И вы видите - он на следующей фотографии, через 7 лет он закончил high school там у нас и сейчас в колледже, уже закончил колледж, и он был членом команды по гребле. И он своим протезом может завязывать шнурки.

То есть вот о такой реабилитации мы говорим. Не просто, а когда человек может стать уже полноценным гражданином.

Следующий слайд. Этого больного вы знаете. Доктор Козинец, это от вас. Это Никита, да? Вы помните его? Это человек, который электрический ожог получил, когда на вагоне попал в электрическую дугу, это просто наиболее свежий случай. Он через два месяца должен возвратиться к нам. И он был в интенсивной терапии два с половиной месяца.

Следующий слайд. Это слайд старый, это изначально всего 56 детей, я просто беспорядочно их поставил, чтобы показать, что за этот период мы привезли много и мы не знали, как дальше идти.

И через какое-то время доктор Козинец нас пригласил сюда, чтобы мы осмотрели различные ожоговые центры. И мы посмотрели ожоговые центры, значит, я остановлюсь на этом слайде чуть-чуть больше, опять-таки, цель презентации – показать, что это не просто мы сделали вот эту профилактику из ничего, а то, что это был систематический подход к этой проблеме. И этот слайд показывает, сверху вы посмотрите, количество людей, которое было в моей бригаде, сначала было двое и потом 9-10 человек, которые приезжали во Львов для осмотра и оперирования детей. И количество операций, и количество больных, которое мы видели, от 88-и увеличилось до 186-и. А вообще за год доктор Децик, мы просматриваем около 900 больных для того чтобы выбрать тех 200, только выбрать на нашу клинику.

То есть на этом слайде вы видите то, что наше присутствие во Львовской области, оно возрастает количеством операций, которые мы делаем. Мы работаем, я видел здесь Цапенко вот там сидит, я видел здесь друзей из Николаева, которые к нам приезжают, и Козинец к нам приезжал. То есть, мой посыл был тот, чтобы люди все вместе делали, чтобы мы делились тем, как это можно сделать. Операции мы не делали сложные специально, потому что мы не имеем права делать сложные операции, если у нас нет тех условий, которые у нас есть там. Поэтому наш посыл был сделать: как можно больше осмотреть детей и маленькими штрихами улучшить состояние их жизни.

Следующий слайд. Это слайды из нашей клиники, мы были во Львове, это Настя Овчар, это два других пациента, которые к нам пришли на клинику, они у нас лечились в США в Бостонской клинике.

Следующий слайд. Это тоже элементы, это как мы планировали день операции. Мы обычно осматриваем больных в течение 6 часов и делаем график операций на 5 дней.

Следующий слайд, пожалуйста. Значит, проделав операции, нам нужно было отступить два шага назад. Мы понимали, что лечение тяжелых ожогов – это серьезная проблема. Это не то, что когда делают операцию на сердце. Вот мой отец был в госпитале после операции на сердце 3 дня, понимаете? Это не 3 дня. Это 3 месяца только в интенсивной терапии. И все равно вы получаете инвалида, все равно. Как ни крутите, вы получаете инвалида. Вы понимаете? То есть нужен систематичный подход не только маленьких каких-то (англ. нерозбірливо), но и организации. И поэтому мы как-то отошли от этой проблемы на два шага назад и посмотрели, как усилить surgical capacity – хирургическую возможность того места, где мы были. И по образу и подобию, наверное, это будет в других местах.

И мы разделили это на 4 рукава: это через образование, через (англ. нерозбірливо)... Потому что когда мы увидели, в каком состоянии был Львовский ожоговый центр, вы знаете... И через research, и через доставку туда гуманитарной помощи.

Следующий слайд, пожалуйста. И, значит, с усилиями различных (англ. нерозбірливо) мы смогли помочь заведующим отделений заняться renovation facility.

Следующий слайд, пожалуйста. И вот вы видите, что доктор Савчин сделал феноменальное усилие, чтобы улучшить состояние своего ожогового центра. То есть он много вложил труда и сил улучшить состояние своих больных. Следующий слайд, пожалуйста. Это о том, как это выглядело. Следующий слайд. И второй – это через донацию и гуманитарную помощь.

Следующий слайд. И я хочу похвастаться. То, что нам удалось за эти 7 лет доставить в эту больницу очень много помощи: оборудования (American suppliers, surgical suppliers). Хочу вам сказать также, чтобы вы здесь все слышали, что мы специально, когда были здесь в сентябре месяце, мы привезли биологическое покрытие, чтобы ваши хирурги могли это пользоваться. У нас и у вас тоже это считается дорогой материал, и поэтому хорошо, что здесь большая публика есть, я открыт к диалогу, чтобы это использовать.

Следующий слайд, пожалуйста. На этом слайде показано то оборудование, которое мы привезли туда, и фотографии демонстрирую это.

Следующий слайд, пожалуйста. И самый большой investment – это через образование. Потому что можно привезти одно, пятое, десятое, это легко портится. И когда человек не знает, как это делается, то это уже ненужная вещь. Поэтому через образование и через подход по-другому - это большая инвестиция.

Следующий слайд, пожалуйста. Мы сделали огромное усилие. Мы привозили врачей из Львова к нам на обучение, доктор Савчин у нас был два

раза, другие врачи. То есть мы старались через их умы воздействовать на состояние. У них там 300 больных детей за год. То есть вот на этих 300 больных, которые там находятся.

Следующий слайд, пожалуйста. Мы также проводили обучение, лекции один-два-три дня, и лекции через телемедицину.

Следующий слайд, пожалуйста. Это просто так, как мы оперировали, чтобы "разбавить" эти слайды. Следующий слайд. Проводили пресс-конференцию, чтобы увеличить внимание к этой проблеме, чтобы больше врачей приезжало к нам, чтобы заинтересовать местных врачей участвовать в этой программе.

Следующий слайд, пожалуйста. И самый главный вывод. Почему самый главный, потому что мне кажется, что, понимаете, когда вы помогаете кому-то, у вас есть два пути помочь человеку – дать ему удочку или дать ему рыбу. Я так думаю, что самый хороший путь – это дать ему удочку и научить его, как доставать себе еду.

То есть, в Украине большое количество умных, талантливых врачей. Речь не идет об индивидуальных способностях. А речь идет об инфраструктуре. Когда генерал выходит в поле, считает, сколько у него танков есть, не сколько у него людей. Если он с одним танком выйдет на поле, то генерал становится малоэффективным. Танки – это есть оборудование, танки – это есть инфраструктура. И поэтому через (нерозбірливо) мы стараемся воздействовать, доказательную медицину показать, какой путь идет лучше.

Следующий слайд, пожалуйста. Это просто несколько статей, которые мы делали с местными врачами, включая доктора Козинца и доктора Цапенко, который там сидит.

Следующий слайд, пожалуйста. Этот слайд, я не знаю, почему я его показываю. Я не знаю. Какие-то у вас есть эмоции от этого? У меня есть. Это мой ученик, который держит ребенка. Я мимо этого проходить просто так не могу.

Следующий слайд. Самое интересное, значит, когда мы приехали, мне нужно было понять, как помочь. Как помочь – это одно дело, мы оперируем, делаем 10-15-20-40 операций, а другое дело – посмотреть на проблему сверху. И для того, чтобы посмотреть на проблему сверху, нужно посмотреть на ландшафт ожогов во Львовской области. И что мы сделали? Мы с помощью Савчина собрали всех больных, которые поступили в госпиталь, и сравнили дермографию, лечение, осложнение и так далее, и тому подобное, что делается в Америке. Конечно, это нельзя сравнивать, яблоко и апельсин, потому что количество денег, которое там, и количество тут, оно несравнимо. Мы это осознаем. Мы это понимали. Но в то же время важно понять, как можно мелкими шажками что-то поменять, не влияя на инфраструктуру, потому что инфраструктура – это большие деньги. И это долго.

И что интересно, мы нашли, вот вы посмотрите на слайд. Значит, первая колонка, вторая колонка, третья колонка и четвертая колонка. Синяя – это ожоги кипятком. Вы посмотрите количество синего в четырех колонках. Больше 80 процентов. Во второй колонке, от нуля до двух лет, составляет 90 процентов. То есть, дети до двух лет - посмотрите всплеск – ожоги кипятком. Вот я вот спрошу элементарный вопрос: "Цапенко, скажи, почему дети в два года максимально обжигаются кипятком". Ты знаешь, я знаю. Я помогу тебе. Потому что они начинают двигаться. Согласны, нет? Потому что мать – сначала ребенок сидел, а потом ребенок начал бегать – она не понимает это: вот именно в два года они начинают двигаться. Вот этот один слайд, он, наверное, стоит очень дорого. Почему? Потому что вы здесь находите задачу, как ее решить более прицельно. То есть нам нужно прицельно хирургическим способом вмешаться, несильно затрагивая систему.

Вы посмотрите, 2 года. И потом мы посмотрим: а где же они происходят, ожоги кипятком? В каком месте? У нас происходят в ванной комнате. А где же у вас? На кухне. А что на кухне происходит? Там что, горячие цеха? Там воду кипятят. А зачем воду кипятить, когда чайник есть? Логично, да? У вас, потому что другая система. Мы это поменять не можем. Мы можем просто объяснить матерям то, что дети могут ходить.

Почему я "нагружаю" вас этим? Чтобы вы поняли. И так же поделиться с вами тем, как мы пришли к этому. Из того анализа мы сделали несколько выводов.

Первый вывод о том, что дети до 5 лет, так же, как и у нас, обжигаются кипятком.

Второй вывод – мы посмотрели – очень интересный. Я не знаю, какой процент здесь медиков, такую интересную вещь о том, что почему-то здесь 11 центров участвовали в этом проекте. Почему-то у вас кровь переливают, я заметил, дети до 10 процентов, 25 процентов всего переливания крови. У нас они даже не получают переливания крови, которые ожоги меньше 10 процентов.

Следующий слайд. Речь идет об этом. Я медленно перейду к ожогам кипятком. Я просто вам скажу, что это клиническая вещь, потому что вы сразу меняли практику. Все меняли практику, когда вы проанализировали это. Почему это важно? Потому что это и есть профилактика, вторичная профилактика, лечение. Ведь ничего не надо, только надо одну вещь сделать не переливая, никаких инвестиций не нужно.

Следующий слайд. И что интересно, вот это мы сделали вместе с Козинцом, Цапенко и 11-ю другими, Харьков и так далее, мы сначала сделали во Львовской области, но там было неубедительно, потому что, знаете, 50 трансфузий, делать вывод на основании маленьких данных некрасиво. Поэтому мы решили с доктором Козинцом посмотреть на эту проблему с 11-ю центрами, чтобы исключить ошибку. И что интересно? То же самое.

Следующий слайд. Этот слайд для медиков. Вы видите то, что средний показатель переливания крови в различных по тяжести отличался от мирового. То есть решение проблемы – поменять приказ о том, как переливать кровь, и все.

Следующий слайд. Мы тоже говорили об интересном факте, как лечат у вас от боли. Я об этом говорить не буду.

Следующий слайд. Остановлюсь тут. Потому что я знаю, что это очень долго. Я остановлюсь на профилактике ожогов кипятком. Значит, что мы увидели? Мы увидели, как я вам показал, что дети до 5 лет получают ожоги кипятком. Когда я подошел и начал говорить об этом с местной администрацией, они скептически к этому отнеслись. Говорят: "Как это врач будет заниматься профилактикой?" Я с ним согласен. Я не должен этого делать. Я ему сказал: "Это твоя работа в принципе, а не моя!"

И поэтому, когда мы говорили о задаче профилактики, он говорил, что мы делаем профилактику. Я попросил показать, в чем она заключается. Что интересно было, интерпретация при профилактической работе – это печатанье статей. Это не есть профилактика. Чтобы изменить поведение человека, ребенку сколько раз вы говорите: "Это не делай", - он все равно будет делать. Это долгое время воздействия на его ум, это не один день, не два дня, это каждый день различными способами. Это есть профилактика. Изменение поведения не случается за один день.

Следующий слайд. И, опять-таки, я хочу снова повторить, что лечение любого заболевания, особенно ожога, самое лучшее – это его предотвратить.

Следующий слайд. И знаете, что мы сделали, когда нам сказали, что профилактика есть. Нам нужно было понять: а как она существует, где ее пробел? И мы разработали вопросы, которые включают знание по профилактике ожога кипятком и по знаниям первой помощи.

Что удивительно? Мы раздали 14 тысяч приложений с вопросами в детские консультации, в поликлиники, в больницы, в женские консультации - там, где ребенок от нуля до пяти лет взаимодействует со структурой здравоохранения. То есть мы хотели понять: а они знают это, а почему они не знают, а кто не знает, какая группа?

Как вы думаете, если вы раздадите вопросы на учреждения? Вот если к вам в учреждение придут и будут делать опросник, какой процент возврата вопросов? Я не знаю, давайте, Георгий, как вы думаете, сколько процентов? Любую цифру скажите. Какой процент возврата вопросов, вот вам дадут письменный вопросник. Ответы на вопросы, если анонимно делают в учреждении, какой процент возвратов, как вы думаете?

В учреждении не больше 50, на улице не больше 5. То есть на улице, когда люди не хотят отвечать. В учреждении они имеют больше ответственности отдавать, в зависимости, какой начальник. И поэтому от 20-и до 50-и в зависимости от этого.

Как вы думаете, какой у нас был возврат? 75%. Когда я это докладывал на Всемирной организации здравоохранения, я думал, что это фальсификация. Как это 75% отдадут ответы на вопрос?! То есть, потом надо спекулировать, почему они это сделали, с какой стати люди возвращали ответы? Мы спекулируем то, что людям это интересно знать. Потому что у них другого не было никакого интереса отвечать на эти вопросы. Потому что мы не ставили там ни имя, ни фамилию, ничего – мы просто делали анонимно и собирали.

Первое, что меня поразило, то, что много людей отвечало – это факт. Потому что, **когда вы идете 14 тысяч**, это уже, знает, это не спекуляция, это уже серьёзные цифры. Когда у нас делают опросник на улице: "Кто любит Трампа?", - там спрашивают только тысячу человек, они делают заключение. А здесь 14 тысяч. Просто я вам говорю, по сравнению, 14 тысяч - это много.

Следующий. И мы сделали гипотезу о том, что у людей есть отсутствие знаний и они хотят об этом знать.

Следующий. Как я сказал, было распространено определенное количество тестов, 14 тысяч. И мы распределили через все структуры, которые участвуют во взаимодействии с детьми до 5 лет.

Следующий вопрос, следующий слайд. Это очень интересная таблица. Богомолец здесь спросила, сколько людей не знают. Вы посмотрите, врачи в ожоговом центре на 15% знали правильные ответы, то есть правильно ответили на все вопросы.

Следующий слайд. Вопросы по профилактике. Интересно, самое низкое, где было? Посмотрите, было у родителей в детских офисах – 54%, детские сады. То есть вы сразу определили, где нужно проводить работу: там, где мамы есть. То есть они не знают.

Дальше. Теперь по поводу первой помощи. То же самое – 50%, это 10 тысяч. Вы не можете спорить с этим. Вы можете говорить, что угодно, но против статистики вы никуда не пойдете.

Следующий. И что самое интересное, когда я смотрел возрастную категорию. Посмотрите, возрастная категория, где пик? Вы видите, самый большой пик где-то от 19 до 25 лет. Как вы думаете, почему от 19 до 25 лет самый пик отсутствия знаний? Образования нет. Потому что, если человек знает, как найти информацию, она есть в Интернете. Вся информация, которая вам нужна, она есть в Интернете. Речь идет не об отсутствии информации, а о способе ее доставки.

Следующий слайд. Что нам показало это? То, что родители не знают, и что самое эффективное место – это женские консультации. И возрастная категория. То есть у вас четко определилось, что и где делать. То есть вы уже знаете, как хирургически направить свои усилия.

План какой? Это то, что мы сделали во Львове: образовать врачей в женской консультации, чтобы они передали эти знания мамам. И при помощи вас всех сделать это, чтобы это было в виде закона.

Следующий слайд. Это торт, который нам сделал один из больных, он из шоколада.

Спасибо. Если я как-то затронул вас, это хорошо. Если вы хотите задать мне вопросы, значит я вас затронул.

Мирослава Децик, я специально не рассказывал о том, что мы сделали во Львове. У меня была там целая команда, команда феноменальных фанатиков и сумасшедших людей, которые поверили мне и делали это во Львовской области. Потому что посмотреть тысячу больных я не смогу, организовать клинику я один не смогу. То есть необходимо участие местных энтузиастов. Поэтому и нужно в каждой области найти местных энтузиастов, чтобы сделать эту программу. О том, как это было сделано, Мирослава Децик и Лариса расскажут об этом. Если им нужна будет помощь, то я им обязательно помогу. Если есть вопросы, я могу ответить.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Геннадію.

Після завершення всіх виступів, якщо у вас будуть запитання до Геннадія, ви занотуйте собі ваші запитання, тому що у нас ще багато людей, які хотіли б озвучити свою позицію.

Що хочу зазначити щодо бюджетів і можливостей країни. Тобто я в 2005 році була дотична до перевезення Насті Овчар, я тоді була лікарем нашого экс-президента Ющенка, і його літаком ми везли туди Настю, і, власне, там вперше з Геннадієм познайомилися. І я там бачила Настю, коли вона була після цих опіків, як там діти знаходяться. Вони знаходяться в таких, знаєте, капсулах, де повністю стерильні умови, поки виростити і пересадити цю шкіру. 10 тисяч доларів на день коштує перебування і збереження життя такої дитини. Чи це фінансує держава Сполучені Штати Америки? Ні. У Америки немає таких грошей на фінансування таких витрат. Хто фінансує? Донори і меценати. Чи є в Україні такі донори і меценати, які на одну дитину готові витратити 1 мільйон доларів сьогодні? Їх немає в Україні! І в бюджеті таких грошей немає. Чи можемо ми щось зробити? Так, ми можемо не допустити, щоб були такі ситуації, і ми можемо зменшити навіть ті витрати, які сьогодні є.

Тому у нас зараз з вами один шлях: власне, це профілактика і запобігання. Тому що ми чітко усвідомлюємо, що ні у держави, ні у меценатів ми не знайдемо.

Знаєте, я ще була здивована тим, як працюють лікарі в госпіталі. 10 тисяч доларів на день – це тільки вартість утримання дитини. А оплата роботи лікаря? Лікарі не отримують там зарплати, тому що це взагалі було б невідомо. Ті лікарі, які там працюють, і пан Геннадій Фузайлов, вони отримують зарплату у своєму університеті. А там він працює 2 дні на тиждень і 5-6 годин робить операції, де вони рятують цих дітей. І так всі лікарі, які там працюють. Там отримує зарплату тільки середній персонал.



Лікарі зарплат там не отримують, знову-таки, тому що це цифри, які і Сполучені Штати Америки також не можуть собі дозволити.

Але вихід з ситуації завжди знаходиться, і він є. І, знаєте, в госпіталі, там такі таблички золоті на вході з іменами меценатів – цей дав 30 мільйонів доларів, цей дав 3 мільйони доларів. Тому, власне, нам є над чим працювати, бо ми розуміємо, що поки наша економіка не почне зростати, у нас такої ситуації не буде. Але чи ми можемо змінити ситуацію? Так, можемо.

Я зараз надаю слово Мирославі Децик, 10 хвилин. Досвід Львівської області по створенню навчальних програм для навчання, власне, населення.

І хочу озвучити тут представникам управлінь охорони здоров'я і освіти, що при потреби виїхати і навчити ваш персонал, ваших людей в області або при потребі їх всіх зібрати в Києві і провести навчання-семінар, ми все це готові зробити.

Також хочу наголосити, пан Геннадій сказав дуже коротко, він привіз фонд, який тут працює, "Інтегра", це штучна шкіра. Якщо у вас є пацієнти в областях, які потребують цього препарату, він безкоштовно буде наданий. І можна буде звертатися напряму до пані Мирослави, яка представляє тут цей фонд.

Будь ласка, вам слово.

ДЕЦИК М. Доброго дня, шановні колеги. Дякую за таку честь виступати перед такою шановною публікою. Дякую, Ольго Вадимівно.

Хочу поділитися досвідом тієї роботи, яку я проводила у своїй області. Я в проекті працюю з 2016 року. І за той час ми маємо певні напрацювання, якими зараз ми тут поділимося.

Я буду розказувати за другий крок, це є, власне, впровадження освітньої програми. Це ми бачимо схематично, що ми робили, як ми поділили нашу освітню програму, на які ділянки, на що ми націлювалися. І я дякую Геннадію, адже він сказав, що в проекті працюють фанати. Не знайшовши таких фанатів, як у Львівській області, проект не зможе впроваджуватися, тому що під примусом цього не буде. Які б накази ми не видавали, які б резолюції ми не приймали, поки не буде активних людей, які хочуть змінити щось у своїй області, проект не буде поширюватися.

Отже, що ми зробили за цей проміжок часу? Почався проект все ж таки з наказу Департаменту охорони здоров'я Львівської адміністрації у січні. В цьому наказі ми розробили план заходів проекту. Ми вже бачили, як він має розвиватися, і визначили відповідальних осіб. Наступний крок – це був пошук людей, які будуть, власне, проводити ці освітні проекти вже в області.

Що ми зробили? Ми організували дві прес-конференції. Потім був пошук партнерів, спонсорів і, власне, навчання медичних працівників. Це вже були тренери. Тобто первинно в нас було поділено на тренерів різного рівня. Троє осіб – це в нас були тренери першого рівня, які провели з Геннадієм на "Скайпі" понад сто годин. Ми прослухали його лекції, ми мали

матеріал, яким ми могли поділитися з нашими лікарями та батьками. І вже самі установи виділяли відповідальних осіб, це було по 1-2 лікарів з кожної установи: це жіноча консультація, дитячі лікарні, обласні лікарні, які вже впроваджували цей проект в себе на місцях.

Наступний слайд. В березні ми створили сторінку у Facebook, бо ми розуміли, що без соціальних мереж і висвітлення того, що ми робимо, наш проект поширено не буде. В липні ми створили веб-сайт, це теж своїми силами і членами команди, які працювали разом зі мною. Впродовж цього року ми розповсюдили плакати та буклети: біля 50 тисяч буклетів і 3 тисячі плакатів – це все було розміщено в наших лікарнях, в громадському транспорті, на залізниці. Ми виступали на радіо, телебаченні. Ми прийняли участь у 5 телеефірах і 7 радіоефірах. Це не було просто так, адже ми всі розуміли, що потрібно працювати. І ми йшли в Департамент освіти, в Департамент соціального захисту, в Службу у справах дітей. Ми стукалися в усі двері, і дійсно нас люди підтримували. Тому що кожен розумів, наскільки це є важливо. І тією чи іншою мірою майже в кожній родині була та проблема, що дитина обпеклася, що дитина на себе перекинула горнятко води або вилила чайник. Тому таким чином ми достукувались до людей, наголошуючи на тій проблемі, яка існує.

Таким чином, по всій Львівській області нам вдалось розмістити в 75 місцевих і районних газетах 79 публікацій. Їх ми робили теж своїми силами, залучаючи журналістів, які були дуже гарно націлені на наш проект.

Наступний слайд. Ми розробили плакат з інфографікою, який розмістили в громадському транспорті. Це плакат був з першою невідкладною допомогою, яку треба робити і що потрібно зробити в побуті, як модифікувати наші помешкання для того, щоб діти не обпікались.

Разом з тим ми впродовж року провели чотири івенти – це масові заходи, які ми проводили на вулицях нашого міста. Ми проводили майстер-класи по невідкладній допомозі, як вберегти свою дитину. Ми придумували всякі різні речі, що потрібно зробити. Ми накривали столи біля Оперного театру на Центральній площі, імітуючи ділянку кухні небезпечну, ми брали ляльки на руки. До нас підходили люди. Ми їм багато розповідали і дякуючи журналістам, ми ті проблеми висвітлювали в прямому ефірі і потім на теле-радіопередачах.

Щоб наголосити на тій проблемі, яка є і звернути увагу на проект, який відбувався в нашій області, було розміщено 11 білбордів і 6 сітілайтів. Ми хотіли звернути увагу наших львів'ян, що є проект, що про нього можна прочитати на наших сторінках в соціальних мережах і справді люди багато звідти почерпали.

Минулого року у вересні ми започаткували щорічний тиждень профілактики опікової травми у дітей. Він відбувається у Львівській області і думаю, що це впродовж наступних років теж буде такий тиждень профілактики опікової травми у дітей.

Наступний слайд. Хочу сказати, як виглядало навчання медичних працівників і батьків. Була в принципі така домашня атмосфера, коли ми ділились своїми знаннями. Ми почерпали ті знання, які мають інші наші медичні працівники, а також батьки.

Наступний слайд. Отже, на цьому слайді видно, як ми поділили тренерів на різні рівні, скільки було проведено навчань, занять, семінарів, скільки ми навчили медичних працівників. Зараз ми звичайно не ведемо вже статистику, тому що медичні працівники читають лекції в школах відповідального батьківства, ми читаємо лекції старшокласникам, в коледжах, в гімназіях з профілактики опіків і надання першої невідкладної допомоги при опіках.

Також у нас на постійній основі започатковано курс лекцій в школах відповідального батьківства для вагітних жінок. Первинна наша цільова аудиторія, так думали, що це будуть вагітні жінки.

Наступний слайд. Отак виглядають лекції. Справді багато людей приходило на лекції послухати, багато було запитань. Ми думаємо, що це є дуже важливо, адже коли приїжджав Геннадій зі своїми колегами, і коли приходили до нас діти, ті батьки, які бачили буклети у нас на столах, кажуть: "Справді класний проект. Якби ми бачили це раніше і що можна зробити, банально, як не треба тримати дитину на руках, мабуть, ми сьогодні не були би у вашій клініці. Дуже шкода, що ми цього не знали раніше".

Наступний слайд. Це все є наша робота. Ми виїжджали і в райони. І відповідальні тренери з установ, з лікарень приїжджали до нас у Львів, де ми проводили разом заняття.

Наступний. Так воно в медичних закладах відбувалося.

І у вересні 2016 року у нас у Львові було виїзне засідання Комітету Верховної Ради України за участю Ольги Вадимівни. Це було "Опікова травма в Україні: лікування і профілактика". Наступний. Так виглядали наші прес-конференції за участю керівників департаменту і керівника Управління охорони здоров'я міста Львова.

Наступний. Бачите, що ми дуже активно співпрацювали з засобами масової інформації. Це, знову ж таки, треба було знайти журналістів, які переживають, "хворіють" цією проблемою і є гарно налаштовані, хочуть щось змінити в нашому місті.

Наступний слайд. Так виглядали плакати і буклети, які ми розміщували і роздавали нашим лікарям і батькам. Плакати були самоклеючі, які легко було клеїти, вони були формату А1, а буклети були звичайного розміру – формату А4. Наступний. Це був матеріал, який ми роздавали під час наших масових заходів. Яскравим кольором ми хотіли привернути увагу наших містян до того, що відбувається у Львові і що є така проблема опікового травматизму у дітей. Наступний слайд. Так виглядають плакати з інфографіки з надання невідкладної допомоги.

Ми вже тепер розуміємо, що зараз, можливо, можна було би і краще зробити. Але це був час, в який ми тішилися, що ми це зробили, і горді, що люди це помітили. Ми розміщали плакати також на львівській залізниці, в громадському транспорті, на вокзалах. Наступний. Так виглядали наші білборди з сітілайтіна в нашому місті. Наступний. Так виглядали масові заходи.

Направду, це були фанати своєї справи, ми залучали своїх друзів, рідних. І цей проект був справді як родинний якийсь проект, яким ми, думаю, багато що змінили в нашому місті. Ми старалися на масові заходи запрошувати відомих людей Львова. Власне, на цих фотографіях ми бачимо, що спеціально приїхала Мар'яна Заєць – це є голова Союзу українок Америки, яка великий друг Геннадія, і тепер стала і нашим другом.

Наступний слайд. Також ми дізнавалися, де відбуваються якісь визначні події в нашому місті: відпочинкові зони, парки – і члени нашої команди виходили і розказували про проект і як вберегти себе та своїх дітей від травми. Наступний слайд. От бачите, відпочинкова зона – це є наш Стрийський парк, це було "Тиждень грудного вигодовування".

Разом з тим, ми почали співпрацю з представниками різних релігійних конфесій. У нас були підписані меморандуми. І Західна Україна, всі знаєте, що є дуже віруюча область, і тому ми вирішили, що потрібно йти в церкви. Священики направду, на наш превеликий подив, дуже щиро відгукнулися і в своїх проповідях наголошували, як уберегти себе та своїх дітей від травми.

Наступний слайд. На цьому слайді є всі наші друзі, партнери, які нам допомагали робити цей проект, які є надалі з нами, тому що ясно: самі би ми цього не зробили.

Дякую всім за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Мирославо.

Будь ласка. Лариса Андрійчук, медіа-партнер освітнього пілотного проекту "Проти опіків", журналіст.

5 хвилин, прошу дотримуватись регламенту.

АНДРІЙЧУК Л. Дякую, Ольго Вадимівно.

Вітаю усіх, хто присутній сьогодні у цій залі. Дуже рада, що проект "Проти опіків" привернув вашу увагу. І хочу сказати, що я працювала в медичній журналістиці вже досить тривалий період часу. І знаю, що це дуже важливі канали інформації для різних, дуже різних аудиторій. Скажу, що я приєдналася зовсім нещодавно до цього проекту. Поки не представлю вам презентації. Але сподіваюся, що проект тільки розпочинається і має дуже велику перспективу.

Вперше про цей проект я дізналася на тренінгу, який був проведений Радою керівників мовників США в Одесі 2017 року. І пані Мирослава Децик представляла проект "Проти опіків" для журналістів "Голосу Америки" та

"Радіо Свобода" як регіональний, який реалізується у Львові і Львівській області. І дуже добре справді, що Рада керівників мовників звернула увагу саме на цей проект, і журналісти навчалися працювати з новими інструментами в медіа, зокрема соціальними мережами, саме на прикладі такого освітнього соціального проекту.

А насправді чому важливо, от Ольга Вадимівна зазначила, що має працювати МОЗ, Державна служба з надзвичайних ситуацій, Міністерство соціалістики, Міністерство освіти. І я вважаю, що дуже важливо додати сюди мас-медіа, тобто ЗМІ, засоби масової інформації, тому що це можливість охопити максимальну аудиторію для того, щоб змінювати моделі поведінки батьків. Чому? Ну, глобальна мета, звісно, це зниження травматизму дітей. Це дуже важливо чому, тому що ця травма може справді безповоротно змінювати життя цих дітей, і не тільки дітей – і батьків. І це можливість розповісти про те, що це психологічні травми, це складність фізичної реабілітації, це проблеми із соціалізацією, це проблеми із самореалізацією, це великі комплекси в подальшому.

І на жаль, поки що ми не можемо сказати, що українська медицина може забезпечити дітям справді належну реабілітацію і так само і соціальну в подальшому роботу з психологами або з можливістю цих дітей добре соціалізувати, ввести в колективи і щоб вони не почували комплексу меншовартості у подальшому.

Чому важливо працювати зі ЗМІ? Важливо тому, що це можливість візуалізувати цю проблему і показати її. Тобто це може бути соціальний ролик, який, скажімо, дійсно покаже, що мама робить неправильно на кухні чи як вона неправильно поводить. І це може бути ролик, скажімо, у Фейсбуці, так, це є одна аудиторія, це може бути мама, яка, скажімо, дивиться серіали вдень, поки її дитина спить, і коли транслюється соціальна реклама під час цього серіалу, вона обов'язково її побачить і обов'язково приверне це її увагу.

Що іще важливо? Важлива соціальна реклама на зовнішніх носіях, тобто це біг-борди, сіті-лайти, це те, що всі побачать однозначно, і звернути на це увагу.

Важливими є ще соціальні мережі. На сьогодні це дуже такий медіа компонент, який активно розвивається. Є аудиторія різна, скажімо, у Фейсбук чи у Інстаграмі, але саме там це може бути навіть так звана вірусна реклама, найчастіше це якісь комічні ролики чи будь-що, але це може бути справді дуже ефективна соціальна реклама, яка буде поширена таким чином.

У нас сторінка у Фейсбуці, у нас є сайт, на якому можна знайти всю інформацію про проект, але я дуже сподіваюся, що люди, які надалі займатимуться цим проектом, візьмуть у ньому участь, будуть дійсно активно співпрацювати зі ЗМІ і знайдуть серед журналістів справжніх ентузіастів, які захочуть змінювати нашу країну на краще.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Ви прокоментували, що українська медицина ще не готова надавати якісну допомогу. Хочу сказати, що коли ми зверталися до засобів масової інформації, хочу сказати, що українська журналістика ще не дуже свідома, і, на мій погляд, ваше завдання як представника мас-медіа формувати такий пул журналістів, які будуть думати про те, як їм це все робити, і будуть брати на себе відповідальність. Бо комбустіологи можуть вилікувати дитину, але донести профілактику до мас населення вони не можуть, це зобов'язані роботи ЗМІ. Тому я б дуже сподівалася, що ви візьмете на себе зобов'язання формувати навколо себе пул журналістів адекватних, які будуть розуміти що таке соціальна відповідальність. І можу зазначити, що багато наших провідних каналів не хочуть це знімати, тому що це не приносить грошей.

АНДРІЙЧУК Л. Я з вами цілком згодна, на жаль, немає що заперечити, але ситуація справді така на сьогодні.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Так. Тому є над чим працювати.

Дякую.

Запрошую до слова експерта Міністерства охорони здоров'я України за напрямками "Хірургія. Судинна хірургія. Торакальна хірургія. Урологія. Комбустіологія. Ендоскопія", завідувача кафедри комбустіології та пластичної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора Козинця Георгія Павловича: "Надання медичної допомоги дітям з опіками та шляхи зниження опікового травматизму у дітей".

Будь ласка, Георгію Павловичу, 10 хвилин.

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Дякую.

Вельмишановна Ольго Вадимівно, комбустіологічна допомога дітям в Україні надається згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України, який ми випустили в 2013 році № 838 про систему комбустіологічної допомоги в Україні, який був зареєстрований Міністерством юстиції, який регламентує створення мережі центрів комбустіологічної допомоги, як єдиної системи, що поєднана інформаційним, методичним, лікувально-діагностичним забезпеченням, та надання спеціалізованої медичної допомоги населенню України, в тому числі і дітям, при виникненні опіків у дітей будь-якої етимології, зниження рівня інвалідності та смертності у невідкладних станах, що обумовлені опіками.

Наступний слайд, будь ласка. На даний час допомога хворим з опіками в українських спеціалізованих відділеннях надається на 1060 спеціалізованих ліжках, серед яких 875 для дорослого населення та 185 для дітей, тобто 0,24 на 10 тисяч дитячого населення.

В опікових центрах України функціонують лише три дитячих опікових відділення: в Києві, в Харкові і Львові, які поєднані єдиним простором з

дорослим опіковим відділенням. В інших опікових відділеннях виділені ліжка для лікування дітей або ліжка в дитячих обласних лікарнях.

Наступний слайд, будь ласка. Основним етимологічним чинником, про це вже говорили сьогодні багато, серед дітей до 7 років є гаряча рідина та незначна кількість контактних, хімічних опіків та низьковольтні електротравми. Серед дітей від 7 років основними чинниками залишається гаряча рідина, але збільшується кількість опіків полум'ям, хімічних опіків та електротравм, включаючи високовольтні, особливо тинейджери. На сьогоднішній день вони заповнюють, так сказати, велику нішу опіків, включаючи високовольтні травми, то це вкрай важка патологія.

Наступний слайд, будь ласка. Дана кількість опечених дітей, Ольга Вадимівна вже це показувала сьогодні, вона останні три роки досить стабільна – десь в рамках 7-7,5 тисяч (наступний слайд, будь ласка), що складає 10,6 на 10 тисяч населення.

Наступний слайд, будь ласка. Ну от частота опіків по регіонам. Теж Ольга Вадимівна вже сьогодні говорила, що найбільше, бачите, Київська, Херсонська, Вінницька, Кіровоградська, Черкаська області. Середня по Україні – 10,6 і найменша кількість – Тернопільська, Чернігівська, Львівська, Харківська, Чернівецька. На рівні 4,6-4,4 на 10 тисяч дитячого населення, підкреслюю.

Наступний слайд, будь ласка. От якщо в Україні серед дітей з опіками досить стабільна частота, в останні роки вона не перевищує 0,1-0,16, це є співставним з цими показниками в Європейському Союзі. Наступний слайд, будь ласка. І середня тривалість лікування дітей з опіками на сьогоднішній день складає 12,5 – теж стабільний показник протягом останніх 5-6 років. Будь ласка, наступний слайд. Ну от робота ліжка складає на сьогоднішній день у дітей 330 днів, обіг ліжка складає 22-23 у дітей.

Наступний слайд, будь ласка. Ну от як можна оцінку дати роботи комбустіологічної служби по лікуванню дітей? Це кількість госпіталізованих дітей з опіками в області не менше 96-99 відсотків. По рекомендації Європейської асоціації комбустіологів діти навіть з опіком 1-го проценту поверхні тіла повинні бути госпіталізовані, тому що наслідки опіків у таких дітей можуть бути дуже-дуже складними. Відсоток зареєстрованих дітей, що отримали спеціалізовану допомогу, більше 60 відсотків. Ці діти повинні бути переведені на спеціалізований етап лікування в опікові відділення та центри. Середнє ліжко-день – 12,5.

Термін надходження дітей з опіками. В цьому випадку ми провели дуже велику роботу в тому плані, щоб найменші години після отримання опіку, тобто вони поступають первинно на етап центральної районної лікарні, міської лікарні, до доставлення їх на спеціалізований етап, не перевищило 12-24 години. 80 відсотків дітей повинно бути переведено на етап протягом перших 12-ти годин. Тоді менше буде ускладнень, тому що проаналізувавши, ми виявили, що найбільша кількість ускладнень виникає в

тому випадку, коли діти залишаються довго на другому етапі надання допомоги.

Частота проведення хірургічних втручань перші 10 діб повинна складати не менше 60 відсотків і частота летальних випадків не повинна перевищувати 0,2-0,16 відсотків.

Наступний слайд, будь ласка. Які інноваційні здобутки нашої служби в цьому випадку? Застосування інноваційних технологій при лікуванні термальних опіків шкіри синтетичними замінниками шкіри, тобто всі хворі з термальними опіками на наступний день повинні проводити операцію, починаючи з другої доби після травми, з використанням сучасних синтетичних замінників, під якими відбувається загоєння цих опіків без повторних перев'язок протягом перших 7-10 діб.

Сучасні тактико-технологічні підходи при хірургічному лікуванні хворих з глибокими поширеними опіками, використання ультра-тонких аутоотсплантатів, поєднання з синтетичними замінниками шкіри і тактико-технічні можливості використання донорських ресурсів.

Наступний слайд, будь ласка. В тому плані, що у дітей на першому етапі завжди повинна використовуватись шкіра голови для того, щоб можна було брати 2-3 рази шкіру в цієї дитини, бо голова у дитини складає не менше 20 відсотків поверхні тіла.

Розробка та провадження схем трансфузійного забезпечення хірургічного лікування термальних та поширених опіків. Ця робота була проведена разом з Геннадієм. Були отримані результати, які дозволили значною мірою переформувати трансфузійне забезпечення лікування дітей з опіками, зменшивши кількість переливання еритроцитів з міських середовищ.

Використання раціональної схеми антибактеріальної терапії на різних етапах лікування опікової хвороби, тому що протягом 2-3 місяців їх лікування треба постійно змінювати антибактеріальний захист і це є великою проблемою для того, щоб розробити раціональну схему антибактеріальної терапії.

Інноваційна технологія префабрикації клаптів при лікуванні наслідків тяжких опіків, я ще покажу ці слайди. Інноваційні методики діагностики та планування реконструктивних операцій з використанням перфорантних клаптів, тобто клаптів на перфорантних судинах, що не потребує донорських ділянок.

Наступний слайд, будь ласка. Сучасні алгоритми проведення реабілітації хворих з наслідками опіків з визначенням періодів, етапів та методів. В Україні вже протягом 20 років існує система реабілітації дітей: першої лінії - для скорочення продуктивного запалення з використанням санаторного-курортного лікування, Геннадій теж бачив, санаторій "Авангард" у Вінницької області та компресійної терапії, яка впроваджена в Україні уже протягом останніх десяти років, яка дуже-дуже ефективна в



цьому плані; другої лінії - для зменшення росту колаген – це використання різних лікарських засобів для розсмоктування; і третя лінія - для поліпшення функціональних та косметичних наслідків, хірургічне видалення та реконструкція різних ділянок тіла з використанням сучасних технологій лікування цієї патології.

Наступний слайд, будь ласка. Я покажу тільки слайди, я не брав слайди відносно свіжих опіків, бо це дуже неприємне, а от відносно того, як можна проводити реабілітацію цих хворих. От дівчинка шести років, рубцева деформація грудної клітки з порушенням функцій дихання, пластика спеціально розтягнутими клаптями повністю закривається цей дефект.

Наступний слайд, будь ласка. Дівчинка 12 років, тотальна рубцева деформація грудної клітки, шиї та верхніх кінцівок, привідна контрактура шиї 4-го ступеня. Пластика шиї розтягнутими клаптями через 6 місяців, бачите, результати лікування можна от зробити – повністю відновити функціональний стан шиї цієї дитини.

Наступний слайд, будь ласка. Я пам'ятаю, як Геннадій показував слайд дитини, яку не можна було заінтубувати, на Європейському конгресі, де не можна було провести інтубацію, що за рахунок тільки екстракорпоральної оксигенації можна було провести цю операцію.

Хлопчик 10 місяців, тотальна рубцева деформація тулуба, шиї, верхніх кінцівок, із порушенням росту. Комбінована пластика була проведена через 2 місяці після відновлення шкірного покриву.

Наступний слайд, будь ласка. Дитина 6 років, рубцева деформація кисті після контактного опіку. Комбінована пластика, через один рік повністю відновлена функція кисті.

Наступний слайд, будь ласка. Дитина 9 років, рубцева деформація правої верхньої кінцівки. Клаптева пластика через 3 роки після загоєння опіків, бачите, повністю відновлена функція суглобів верхньої кінцівки.

Наступний слайд, будь ласка. Хлопчик 13 років, рубцева деформація шиї, тулуба та верхніх кінцівок. Пластика розтягнутими клаптями через 4 роки, бачите, повністю відновлена функція шиї і грудної клітини.

Наступний слайд, будь ласка. Дівчинка 14 років, рубцева деформація із виразкуванням, виразкування відбувається вже через 4-5 років, якщо таку деформацію не оперувати, відбувається виразкування, а потім переродження її в рак шкіри. Пластика розтягнутими клаптями, через 6 років повністю можна відновити функцію такого суглобу.

Наступний слайд, будь ласка. Хлопчик 14 років. Ми ж маємо весь час роботу з келоїдними рубцями, тут лівої вушної раковини. Після проведення спеціальної десенсибілізуючої терапії, після проведення спеціальної терапії на зменшення сенсibiliзації до антигенів шкіри, комбінована пластика проведена повністю і відновлено функцію.

ІЗ ЗАЛУ. ... (Без мікрофону).

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Ні. Проводимо десенсибілізацію, проводимо не менше 5 сеансів плазмаферезу. І коли рівень циркулюючих імунних комплексів не перевищує 01, тоді тільки ми оперуємо, тому що якщо просто взяти в операцію, стопроцентний рецидив. Стопроцентний. Це особливо грудна клітина у жінок між молочними залозами, це завжди, так би мовити, проблема.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. У мене велике прохання, давайте ми організаційний "круглий стіл", будь ласка, не перетворюймо в медично-наукову конференцію, тому що у нас є організаційні питання, в тому числі й щодо того наказу, про який ми з вами говорили. Чи ви підготували лист на Міністерство охорони здоров'я, для того щоб у наказі навчання, ми з вами говорили про це, що він уже підготовлений, коли нам цього очікувати?

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Відносно навчання на місцях?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Так. Так.

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Ми проведемо нараду головних спеціалістів областей і ми на цій нараді будемо це питання повністю вирішувати.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Також ставили вам задачу на минулому "круглому столі" щодо зміни тексту наказу щодо підготовки в жіночих консультаціях щодо введення теми "Профілактика опікового травматизму". Це також ви мали зробити на Мінздрав цей лист. Зробили?

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Ні. На сьогоднішній день ще ні.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Коли буде зроблено?

КОЗИНЕЦЬ Г.П. На наступному тижні буде зроблено.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Тобто ми з вами, у нас, шановні колеги, є наказ, в якому є перелік тем, відповідно до яких іде підготовка в жіночих консультаціях. Там немає теми профілактики опікового травматизму. Але вона там з'явиться. Сподіваємося, що в найближчий місяць.

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Добре.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Правильно? Це завдання головне, тому що у нас тут також присутні й не лікарі, не медики, тому прошу перейти до шляхів профілактики.

КОЗИНЕЦЬ Г.П. Наступний слайд. Я вже закінчую. Це дитина з Луцька, контактний опік четвертого ступеня, повністю вигоріла скроня, проведена операція по відновленню з українською "кольчужкою" і аутодермопластиком.

Наступний слайд. Ми вже закінчуємо. Ну такі ж, так би мовити, опіки, які потребують спеціальних методів хірургічного лікування.

Наступний слайд. Ну і завдання служби на сьогоднішній день, які ми виставляємо. Це продовжити роботу з профілактики опіків дітей. Всі комбустіологи займаються профілактикою, всі комбустіологи виступають в засобах масової інформації, в себе в областях, використовуючи і телебачення, і пресу. Кожного року ця робота робиться. Я записав навіть програму з доктором Комаровським відносно профілактики і лікування, першої допомоги. Я відчув, яка була зацікавленість матерів, які були присутні на записі цієї передачі, як вони ставляться до цієї проблеми. Вони зацікавлені, тільки треба донести до них це питання.

Розробити локальні клінічні протоколи відносно лікування дітей, удосконалити концепцію етапного лікування дітей з опіками. Ми повинні ще зменшити оцей проміжок часу, від 12 годин перейти на 6-8 годин. Це значною мірою скоротить, зменшить ще ускладнення у дітей. Продовжити роботу з удосконалення хірургічного лікування, глибоких дермальних опіків та поширити досвід використання сучасних замінників шкіри. От доктор Фузайлов привіз вже "Інтегру" в Україну, вона зареєстрована в Україні, ми вже маємо деякий досвід, але коштує вона 14 євро один квадратний сантиметр в Україні. Один квадратний сантиметр.

Поширити доступ диспансеризації, консервативної та хірургічної реабілітації дітей з наслідками опіків на сьогоднішній день. І вдосконалити концепцію безперервного післядипломного навчання лікарів хірургічного профілю у лікуванні дітей в Україні.

Що повинен ще сказати? Що я з цікавістю прослухав доповідь Геннадія Фузайлова відносно цих програм, які використовуються. Це дуже цікава проблема, і вона повинна бути поширена в Україні. Я тільки "за" і двома руками тільки "за". Але я хочу сказати, що все-таки свідомість нашого населення ще на дуже низькому рівні. На дуже низькому рівні. Тому що, проводячи реабілітацію цих дітей, коли виписуються із стаціонару після опіків там 20, 30, 40, 50-и відсотків поверхні тіла, ми стикаємося з тим, що багато матерів не хочуть займатися реабілітацією своїх дітей. І коли навіть пропонуєш проводити оперативне лікування в тих випадках, коли це призводить до інвалідизації дітей, комбустіологи знають ці проблеми, вони не хочуть цим займатись. Тобто свідомих є тільки процентів до 30-и тих матерів, у яких діти потрапили в таку страшну проблему. Так що це проблема для України.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

І хочу зазначити, що нам потрібно знайти шлях, як вирішити цю проблему. Тому у нас тут присутні і працівники соціального захисту. І якщо лікарі-комбустіологи бачать, що є така дитина, яка потребує подальшого лікування і яка інвалідизується, батьки на це не звертають увагу, ви зобов'язані відповідно до чинного законодавства повідомити служби захисту дітей. Якщо є на сьогоднішній день (і це інформація для всіх), якщо потрібно, ми вам розішлемо роз'яснення для лікарень, що мають лікарі робити, якщо вони бачать, що потрібна дитині допомога, а цю допомогу з вини батьків не надають (чи дитину не госпіталізують, чи дитину не привозять на операцію), є чіткий абсолютно, на законодавчому рівні врегульований механізм. І я буду просити відповідні служби, щоб в кожній області був номер "гарячої лінії", куди лікар з лікарні, з приймального відділення може зателефонувати, і щоб був алгоритм дії цих соціальних служб, для того щоб можна було приймати відповідні рішення. Але на вас завдання – змінити той наказ, відповідно до якого тема по профілактиці опіків має бути включена в роботу шкіл материнства, батьківства, сімейних лікарів. Тобто це ваше пряме завдання як представника на даному "круглому столі" Міністерства охорони здоров'я. Дякую.

Якщо у вас будуть запитання конкретні, як ту чи іншу ситуацію вирішувати, будемо шукати шляхи. Зараз надаю слово, 5 хвилин, Олійнику Григорію Анатолійовичу – головному позаштатному спеціалісту Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації з комбустіології.

І ще, повертаючись назад до виступу професора Козинця, хочу сказати, що все, що ви бачили на екрані, цього всього могло не бути. Оце головне наше завдання – зрозуміти. Це не є онкологія, на виникнення якої ми не можемо вплинути. Це все, чого могло не відбутися, якби проведена була правильно соціальна реклама, правильні зустрічі, правильні заходи. Цих дітей було б значно менше, і це наше з вами завдання - спільно ці програми започаткувати.

Будь ласка.

ОЛІЙНИК Г.А. Шановна голово, шановні колеги! До вашої уваги хочу представити доповідь про стан надання допомоги хворим дітям з термічними травмами в Харківській області. Населення Харківської області на сьогоднішній день становить 2 685 552 особи.

На жаль, слід зазначити, що кожен рік, тим паче комбустіологія, займається і дуже переймається за профілактику даного захворювання. Однак слід звернути увагу на зростаючу кількість пожеж, і профілактику, якої ми не в змозі провести. За останні роки кількість пожеж значно збільшилася, в десятки разів. На сьогоднішній день по Харківській області зареєстровано 6 тисяч 400 пожеж за рік, на яких загинуло 137 осіб, із них 7 дітей. Це не від нас залежать дані показники.

Кожен рік на Харківщині народжуються близько 25-26 тисяч малюків. Робота комбустіологічної служби нашої області, як і всієї України, направлена на надання спеціалізованої кваліфікованої допомоги в перші години, в перші хвилини, як кажуть, "золотого часу" після отримання ушкодження. Відсоток госпіталізації хворих з термічною травмою серед дітей становить, це за 2017 рік дані, 80,5%. Це стабільні цифри, які відповідають і 2015-у, і 2016-у, і 2017 рокам.

У нас повна взаємодія з відділеннями екстреної допомоги медицини катастроф, які транспортують хворих дітей після стабілізації їх в центральних районних лікарнях. І якщо площа опіку становить біля 20%, обов'язково консультація і транспортування даного контингенту хворих за участю комбустіолога. Ми реанімуємо те поняття санавіації, яке у нас було раніше, кожен день є черговий по лінії санітарної авіації у відділенні в Харківському опіковому центрі, і ми завжди можемо відгукнутися на ту чи іншу допомогу даному контингенту хворих. В кожній центральній районній лікарні призначений відповідальний за надання допомоги хворим з термічною травмою, які госпіталізуються в центральні районні лікарні.

Наступний слайд. Якщо ви звернули увагу, то десь до 40% серед госпіталізованих дітей в опіковий центр становлять діти сільської місцевості, це високі цифри і на це слід звернути увагу.

Наступний слайд. Середній ліжко-день виконується у нас так же, як і по Україні. Хірургічна активність госпіталізованих дітей становить до 50%.

Наступний слайд. Слід звернути увагу на підвищення летальності, яка відбулась в 2017 році. Велика кількість пожеж і діти, які доставлялись в стаціонар практично в стані клінічної смерті, проживали від двох годин до двох діб в стаціонарі.

Наступний слайд. Оперативна реабілітація становить до 5% - діти, які проходять хірургічну реабілітацію в умовах нашого відділення.

За період 2017 року як профілактичні засоби, які спрямовані на покращення стану надання допомоги, кафедрою комбустіології, реконструктивної та пластичної хірургії проводяться систематичні виїзди і заняття з лікарями центральних районних лікарень на тему: лікарська допомога хворим з термічними травмами і особливості допомоги дітям, які отримали опікову травму та їх наслідки. Кожен рік 4-5 районів, в яких проводяться дані заняття. В опіковому центрі відпрацьоване питання консервативної і хірургічної реабілітації.

Але на що я хотів би звернути увагу і потреби, які необхідні для покращення роботи даного відділення. У нас відділення розраховане на 70 ліжок, з них 25 дитячих ліжок. Фінансування дитячих ліжок вкрай низьке – 31 гривня на хвору дитину на добу. Слід розглянути дане питання. Ми піднімали питання про допомогу або додаткове фінансування дітей, які з області, тобто з районів області, 40 відсотків дітей знаходяться на лікуванні за рахунок міського бюджету.

В нашому опіковому центрі, наступний слайд, будь ласка, з зони АТО проліковано більше 40 дітей. Це найбільш важкий контингент дітей, які дійсно в нас проліковані в перші дні після отримання значних ушкоджень, не менше 50 відсотків поверхні тіла. І даний контингент постраждалих, які лікувались в нас, також були забезпечені за рахунок саме міського бюджету.

На що я хотів ще звернути увагу? На забезпеченість анестезійної служби саме дитячими апаратами для анестезійних посібників і наркозних посібників. Наскільки я знаю, наші колеги з інших регіонів України теж потребують розгляду даного питання.

З метою профілактики дитячого травматизму у нас проводяться систематичні виступи по телевізійних програмах по "Тонісу", по обласному, і в даний момент розроблена програма з забезпеченням літературних довідників для шкіл.

Проблеми є. Проблеми вирішуються і вирішуються спільно з департаментом охорони здоров'я і міськими органами влади.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Як ви думаєте, в майбутньому зможете Чернівецьку область обігнати і на перше місце з відповідальними батьками перейти, якщо посилюєте свої звернення?

ОЛІЙНИК Г.А. Ольго Вадимівно, я думаю, що ми їх обганяти не будемо, а разом будемо вирішувати ці питання.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Мається на увазі, що у нас є зараз негативні приклади, а є позитивні приклади. Я намагаюся вас мотивувати так, щоб ви стали кращими з кращих.

ОЛІЙНИК Г.А. Будемо намагатися.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. І, власне, чим більше тут мотивовані будете ставати кращими з кращих, тим менше у нас буде опіків.

ОЛІЙНИК Г.А. Будемо намагатися. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Тому дуже прошу вас звернути увагу на можливість вашого звернення, або якщо потрібно наша допомога, в присутні у вас засоби масової інформації, щоб ви їм надавали інформацію про опіки і про причини опіків. Чому це важливо? Тому що розповідати про "круглий стіл" не цікаво, от, випадок такий кричущий, щось трапилось, і люди будуть розуміти. Так само, як ми сьогодні розуміємо, яка у нас "війна" в ДТП на дорогах, скільки у нас там гине людей внаслідок алкоголізму, внаслідок

збільшення швидкості, і вже люди так сильно не переживають, що тепер обмеження швидкості, тобто це врятує комусь життя.

Ваше інформування приведе до того, що люди будуть розуміти, що у нас дуже багато дітей попечених, їх більше, ніж гинуть в ДТП на дорогах.

Тому просила би вас, крім вас це ніхто не зможе зробити. Можливо, у вас будуть в лікарнях батьки, які погодяться щось прокоментувати, можливо, ви самі будете надавати цю інформацію, важливо, що вона на вашому обласному рівні висвітлювалася: на вашому сайті, адміністрацією, новинами, щоб про це говорили. Якщо про це будуть говорити, люди будуть до цього ставитися інакше.

ОЛІЙНИК Г.А. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Будь ласка, слово надаю Поворознюку Андрію Миколайовичу – представнику Вінницької області, яка у нас "задніх пасе", на жаль.

І дуже хотілося б, щоб це вас зачепило. Тому що якщо Харківська область може, то чому Вінницька не може? І за це потрібно взятися, і реально, знаєте, впевнена, що для Вінницької області вдвічі, якщо ви це візьмете, і ми ще поможемо вам і зробимо звернення разом з соціальним захистом, соціальною рекламою привернути увагу, яка є проблема у Вінницькій області, я думаю, що там відповідальні люди живуть, чи їх треба просто краще проінформувати, щоб вони були краще відповідальними. Тому що різниця у нас між Харківською і Вінницькою у чотири рази!

ПОВОРОЗНЮК А.М. Дозвольте?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Будь ласка, Андрію Миколайовичу.

ПОВОРОЗНЮК А.М. Шановна Ольго Вадимівно! Шановні колеги! Присутні! Я коротенько почну не так, як планував. Коротка статистика. Світова література дає дані щодо частоти опіків. Опіки займають третє, а в деяких країнах, в Японії, наприклад, займають друге місце у світі. Тобто чим більш високотехнологічна країна, тим більша частота опіків. Тому в мене відразу після закінчення "круглого столу" буде запитання до шановного пана Геннадія, який Вінницю чомусь забув, уже давно не був у нас: "Яка частота опіків у дітей на 10 тисяч населення у Сполучених Штатах Америки?" Ну це потім, після презентації. Прошу пробачення за короткий такий зрив.

Отже, почнемо. В середині 90-х років, передбачаючи значне скорочення фінансових видатків на медицину та медикаментозне забезпечення, колектив нашого відділення почав перегляд тактики лікування хворих з опіками. Розуміючи, що потужну інтоксикацію в стадії гострої опікової токсемії обумовлює тривале перебування некротичних тканин на

ранах, ми почали пошук шляхів їх раннього хірургічного видалення, ну, безумовно, користуючись і досвідом колег і зарубіжних, і наших. Відділенням успішно були розроблені наступні інноваційні технології. Прошу наступний слайд.

Швидка нейтралізація травмуючої дії екзо- та ендogenous чинників ураження – це те, про що ми зараз з вами постійно говоримо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Ви, якщо можна, своїми словами. У нас тут присутні й не медики.

ПОВОРОЗНЮК А.М. Охолодження. Я ж кажу, те, що ми з вами говоримо. Це охолодження опікових ран. І охолоджувати потрібно не 20 хвилин. Критеріїв охолодження немає по часу. Охолоджувати треба настільки довго, поки не зникне біль, поки не зникне почервоніння, поки не нормалізується температура тіла в рані. От тоді ми досягнемо ефекту, і це доказано вже протягом 20 років – охолодження, яким ми займаємося у нашому опіковому відділенні в області. Прошу наступний слайд.

Рання хірургічна некротомія при поверхневих опіках із закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами виробництва Тернополя. Замінники шкіри, яким немає аналогів у світі. Результати, будь ласка, перед вами. Дитина 2 роки і 7 місяців – 50 відсотків опіку. Наступний слайд. Закрито ксенодермоімплантатами. Наступний слайд.

Будь ласка. 25 днів лікування – дитина здорова. Наступний слайд, будь ласка.

Малокровна некротомія при глибоких опіках в періоді опікового шоку. Проводиться дренивання ран, некротомія та закриття гранулюючих ран сітчастими аутодермотрансплантатами з коефіцієнтом перфорації один до чотирьох з використанням струмів низької інтенсивності. Наступний слайд, будь ласка.

Етапні некротомії. На жаль, настільки глибокі опіки, що прийшлося видалити кінцівку.

Наступний слайд, будь ласка. Підготовка ран до пересадки шкіри.

Наступний слайд, будь ласка. Закриття величезних гранулюючих ран сітчастими трансплантатами з перфорацією один до чотирьох.

Далі, будь ласка. Хворий виписаний додому.

Далі, будь ласка.

Наступне. Надфасціальні некротомії. Це надважкі операції, але їх доводиться виконувати при глибоких опіках.

Наступний слайд, будь ласка. Дитина з важкими глибокими опіками, через 8 годин після травми хворий доставлений в опікове відділення.

Наступний слайд, будь ласка. Надфасціальна некротомія.



Наступний слайд, будь ласка. Закрито все мікроаутодермотрансплантатами з використанням струмів низької інтенсивності.

Наступний слайд, будь ласка. Тут ви бачите збільшену картину, що таке "мікроаутодермотрансплантанти". Береться невеличкий шматочок власної шкіри пацієнта, подрібнюється на малесенькі шматочки. Таким чином ми можемо досягти дуже великої покривної площі гранулюючих ран, а це життя хворого.

Наступний слайд, будь ласка. Ось ви бачите, теж збільшено, яка велика площа, в дитини все закрито одномоментно фактично власною шкірою пацієнта. Наступний слайд, будь ласка. Це перед випискою. Наступний слайд, будь ласка. Дитина через 30 діб іде додому.

Наступний слайд, будь ласка. За розроблену технологію отриманий патент на винахід за третє місце та за актуальність результатів лікування вкрай важкої опікової травми у дітей. Європейська конференція, місто Краків, Польща, 2017 рік.

Наступний слайд, будь ласка. Це теж важкі і вкрай глибокі опіки з оголенням кісток. Наступний слайд, будь ласка. Застосовується біологічне покриття, оголені кістки закриваються біологічним покриттям.

Наступний слайд, будь ласка. Хворий перед випискою. Лікування триває довго, але хворий залишився з пальцями. Наступний слайд, будь ласка. Ефективність розроблених нами технологій лікування хворих з надкритичними опіками, впровадження в практику опікового відділення технологій з надкритичними опіками. Дитина, якій 2 роки і 7 місяців, у неї 70 відсотків глибоких опіків.

Наступний слайд. Рання некректомія, рани закриті тимчасово ксенопластикою. Глибокі післяопікові рани закриваються сітчатими трансплантатами. Наступний слайд. 90-та доба після травми, дитина іде додому.

Наступний слайд, будь ласка. Це теж важкі глибокі опіки. Наступний слайд. Використання біогермізації, біоферез лікарських речовин значно покращує крайову епітелізацію ран. Наступний слайд. Хворий, 54-та доба перед випискою. Наступний слайд. Два роки після травми.

Наступний слайд. Приведу деяке порівняння. Для порівняння ефективності лікування дітей з опіками приводиться випадок надання допомоги дитині з опіками окропом в одній з європейських клінік. Дитині 1 рік 6 місяців, після лікування протягом місяця в одній з європейських клінік з приводу опіку окропом 2 або 3 ступеня, 12 відсотків поверхні тіла. Вартість лікування було оцінено в 10 тисяч євро. Її матір'ю страховий поліс не був оплачений і їх було виписано. Так як мати жителька Вінницької області, вони звернулись за допомогою до опікового відділення.

Наступний слайд. Аутодермопластика на глибокі гранулюючі післяопікові рани. Наступний слайд. 14-та доба після госпіталізації.

Наступний слайд. Дитина через 2 місяці після виписки. Наступний слайд. Теж глибокі опіки, 60 відсотків поверхні тіла, вірніше пограничні опіки. Наступний слайд. 20-та доба після травми. Дитина готова до виписки.

Наступний слайд. Летальність. Я не буду дорослих коментувати. Ми привели порівняння за 1984-1988 роки, 2012-2016 роки. В таблиці представлені відповідні роки. 1984 рік – 15 дітей помирало, 2012 рік – 5 дітей померло. 1985 рік – 18 дітей помирало, в 2013 році одна дитина померла. 1986 рік – 11 дітей помирало, 2014 рік одна дитина померла. 1987 рік – 11 дітей померло, 2015 рік – 3 дитини померло. 1988 рік – 12 дітей померло, у 2016 році – 3 дитини померло.

Наступний слайд, будь ласка. Реабілітація опікових реконвалесцентів на базі опікового відділення. Прошу наступний слайд. Хірургічне лікування. В народі лікують жабами. Результати лікування, індійська пластика, абсолютно повне відновлення функції руки.

Наступний слайд. Це теж індійські пластики.

Наступний слайд, будь ласка. Дерматензія. Поширені рубці.

Наступний слайд, будь ласка. Це нехірургічна реабілітація, це використання біофарезу лікарських речовин за допомогою біогальванізації. Верхній слайд середній: ви бачите до і 36-а доба після лікування, наскільки зменшилась товщина і величина рубців.

Наступний слайд, будь ласка. Це теж біогальванізація, це нехірургічні методи реабілітації.

Наступний слайд, будь ласка. Нехірургічна реабілітація: кисть, контрактури, 16-а доба після лікування.

Наступний слайд, будь ласка. Санаторій "Авангард", Геннадій, згадаємо. Прошу. Чудовий санаторій "Авангард", колись він був здравницею всього Радянського Союзу, лікувалися там люди опікової реконвалесценції зі всього Союзу, зараз з України.

Прошу, наступний слайд. Хвора. Етапи лікування, реабілітація, хвора перед випискою.

Прошу, наступний слайд. Профілактика опікового травматизму у Вінницькій області. В кожному районі наказом головного лікаря призначено відповідального лікаря за опіковий травматизм, у функціональні обов'язки якого введено пункт, який зобов'язує проводити саносвітню роботу серед населення по профілактиці опікового травматизму та сучасним способам надання само-, взаємо- та першої медичної допомоги. Щорічно комбустіологи в складі консультативних бригад виїжджають не менше 12 разів у райони області, де проводять бесіди та лекції медичному персоналу району і рекомендують лікарям проводити саносвітню роботу серед медичних працівників і населення району шляхом бесід, лекцій, виступів по радіо за темою: "Профілактика опікового травматизму, надання само- та взаємо- і першої медичної допомоги хворим з опіками".

Наступний, будь ласка. На базі обласного телебачення проводяться "круглі столи" за участю комбустіологів, де широко висвітлюються питання профілактики опікового травматизму і сучасні рекомендації по наданню само- та взаємодопомоги.

Особисто завідуючим опікового відділення доктором меднаук, професором Нагайчуком сформовані на телебаченні виступи по вищеперерахованим питанням. Ну, якщо вдасться, фрагмент виступу, будь ласка, відео. Звуку немає. Ну, суть в тому, що в кожному домі є вода. І нічого лишнього не потрібно. Ми можемо самі надати собі допомогу, ми можемо надати взаємну допомогу. Це повинна бути не льодяна вода, а вода кімнатної температури. Температура в опіковій рані розвивається до 80 градусів по Цельсію. Температура крові – 37, вона зсередини охолоджує, як радіатор автомобіль (Тосол, да? Двигун). І ззовні ми забираємо тепло. Це те, з чого я починав з самого початку, да? Критеріїв охолодження немає по часу. Критерії – це зникнення болю. Вам маленька дитина не скаже, що їй не болить. Вона починає засинати, коли ми прикладаємо пелюшки, змочені в холодну воду, тому що в неї зникає біль. В древні часи воду називали наркотиком, надавали їй наркотичні властивості, тому що біль знімався.

Прошу, наступний слайд, будь ласка. Профілактика опікового травматизму (продовження). Щорічно в опіковому відділенні виписується 800-900 хворих, які вже чітко знають, що потрібно для профілактики опіків або як грамотно надати само- та взаємодопомогу. Якщо врахувати родичів, друзів, потерпілих, то тільки на базі опікового відділення щорічно в області отримують відповідні знання біля 3-4 тисяч жителів. Дані питання висвітлюються також на шпальтах газет. Прошу, наступний.

Там, до речі, є селфі на вагоні, 27 тисяч вольт. Таких хворих у нас було багато. На щастя, вони всі вижили.

Причини високого опікового травматизму у Вінницькій області. Ну, на нашу думку, це висока довіра до лікарів. Чому? Потерпілі навіть з незначними опіками звертаються за медичною допомогою, де її і отримують, відповідно реєструють травму, що свідчить про те, що населення області самолікуванням чи лікуванням у народних цілителів не займається.

Але й друга проблема ще є – безробіття населення, низький рівень життя, що призводить до алкоголізму, безвідповідальності, аморального способу життя та відсутності належного догляду за дітьми.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я вам дуже дякую.

Все ж таки, якщо все так добре у Вінницькій області, чому в 5 разів більше опіків, ніж в Харківській?

ПОВОРОЗНЮК А.М. Тому що майже всі звертаються, це було в останній репліці. Щодо дітей, всі 100-відсотково звертаються за допомогою.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Це в усіх областях. Я не бачу в цьому аргумент. Тобто ми або вчимо не тих, або не так. Тут потрібно шукати, як змінити ситуацію. Тому що з вашої доповіді виходить, що ви вважаєте, що все, що робиться, як робиться – все добре. Статистика, проти якої не підеш, говорить, що щось не робиться так, як треба. Тому що сказати, що інший рівень життя, що в Харкові живуть краще, ніж у Вінниці, це буде неправда, живуть так само, може, у Вінниці навіть тепер трохи краще, що не може нас не радувати, ми всі хочемо жити, як у Вінниці.

ПОВОРІЗНЮК А.М. Ольго Вадимівно, я з вами абсолютно згодний.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я ще раз хочу привернути вашу увагу, що я не очікую від вас розповіді, як добре, я очікую зараз від вас інформацію, що мені потрібно зробити, щоб допомогти, як мотивувати засоби масової інформації, лікарів для того, щоб ситуацію змінити, бо це все наші діти. Роботи у вас завжди буде через край, завжди буде. Але це величезні витрати. І ви також отримаєте 31 гривню. Скільки у вас на опікового хворого?

ПОВОРІЗНЮК А.М. 4 гривні 85 копійок на добу в загальному.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. 4 гривні 85 копійок?

ПОВОРІЗНЮК А.М. Так.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. А як ви лікуєте цих дітей? Батьки все сплячуть?

ПОВОРІЗНЮК А.М. Це в загальному на хворих, і на дітей в тому числі. Так і лікуємо. Меценатство.

Геннадій ФУЗАЙЛОВ. 4 гривни на одного человека?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Да.

Геннадій ФУЗАЙЛОВ. Это сколько в долларах? А на туалетную бумагу хватит?

ПОВОРІЗНЮК А.М. Да, хватает.

Пояснюю, як ми лікуємо. По-перше, у нас дуже широко задіяна волонтерська допомога.

Геннадій ФУЗАЙЛОВ. А кто платит за лечение?

ПОВОРОЗНЮК А.М. Простите, Геннадий. Я отвечу на вопрос Ольги Вадимовны.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я прошу вибачення. Я знімаю своє питання. Зараз доповідь, а потім ми перейдемо до обговорення.

ПОВОРОЗНЮК А.М. Ми будемо старатися покращувати ситуацію.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я дуже сподіваюся.

Зараз до слова запрошую Представника Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини з питань дотримання прав дитини, недискримінації та гендерної рівності Філіпішину Аксану Анатоліївну. Будь ласка.

ФІЛІПШІНА А.А. Дякую, Ольго Вадимівно.

Доброго вечора, шановні учасники нинішнього "круглого столу". Хочу перш за все подякувати персонально Ользі Вадимівні і комітету за те, що підняли дуже серйозну тему. І з огляду на ті вражаючі цифри, які звучали сьогодні під час презентацій, ця проблематика є надзвичайно актуальною для України. І, власне кажучи, коли Ольга Вадимівна зустрічалася з Уповноваженою Верховної Ради з прав людини з пані Валерією Лутковською, ми обговорювали можливість нашого долучення до вирішення питань, пов'язаних із ситуацією в Україні з цією проблематикою. І я вам хочу сказати, що була, звичайно, негайна реакція і негайне рішення про те, що ми готові долучитися до того, щоб змінювати в країні цю ситуацію.

Мандат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини полягає в моніторингу ситуації з дотриманням прав людини і саме реагування на незаконні дії або бездіяльність органів влади або їх посадових осіб у вирішенні питань із правами людини. Та тематика, яку ми сьогодні обговорюємо, а саме - дитячий травматизм, і зокрема через опіки, яких зазнають діти з різних причин, безпосередньо пов'язана з таким фундаментальним правом – правом на життя і правом на охорону здоров'я, що є найвищою людською цінністю.

На превеликий жаль, при здійсненні моніторингу ми не здійснювали розділ статичних даних за зверненнями, пов'язаними із порушенням прав зокрема дітей через недбале ставлення батьків, що призводить до дитячого травматизму. І, власне кажучи, це звернення і обговорення широке цього питання наштовхнуло нас на рішення стосовно необхідності внесення змін, в тому числі і збору статистичних даних, з тим, щоб налагодити ефективний моніторинг.

Сьогодні звучала дуже велика кількість цифр, серйозних цифр, ми бачили всі вражаючі абсолютно приклади. І, власне кажучи, вже прозвучали абсолютно правильні месиджі стосовно того, що потрібно робити і в чому

полягає причинно-наслідковий зв'язок, який призводить до такої жахливої ситуації в нашій країні. Звичайно, що це, скоріше за все, в деяких випадках байдужість батьків до тих ризиків, з якими пов'язана, в тому числі і рухливість маленьких дітей. Це необізнаність батьків, в деяких випадках це в тому числі і нехтування своїми службовими обов'язками тих службовців, які мають здійснювати контроль за батьками, які перебувають в групі ризиків.

Я вам наведу трошечки інші цифри і ви їх зможете співставити з масштабами проблематики, яку ми сьогодні обговорюємо. Цифри, які за роками були презентовані і зокрема Ольгою Вадимівною, свідчать про те, що ситуація погіршується з року в рік. Якщо ви піднімете статистичний довідник Держстату України стосовно загибелі і травмування дітей від зовнішніх причин, ви абсолютно чітко побачите, що ситуація в країні не покращується, а погіршується. І це на фоні зменшення загальної чисельності дитячого населення. У нас щороку чисельність дитячого населення зменшується в середньому на 200 тисяч дітей, а абсолютні цифри залишаються доволі-таки високими.

В Україні висока чисельність дітей, які перебувають в складних життєвих обставинах і це окрема група ризику. Майже 28 тисяч дітей перебуває на обліку в службах у справах дітей як ті, що в складних життєвих обставинах, і 27 тисяч цих дітей - через ухиляння батьків від виконання своїх батьківських обов'язків. Понад 4000 щороку приймається рішень про позбавлення батьківських прав батьків, і це крайній засіб впливу. Це значить, що в цих родинях діти так само перебували і перебувають в групі ризику як ті, що можуть зазнавати травм на побутовому рівні.

Окремо хочу звернути вашу увагу на те, що, власне кажучи, в Україні доволі хороше законодавство. Питання тільки в механізмі реалізації цього законодавства і дотримання цього законодавства нами усіма.

Я хочу привернути увагу до Кодексу цивільного захисту України, 21-а стаття якого зобов'язує всіх громадян України турбуватися про безпеку своєї життєдіяльності і навчати своїх дітей безпеці поведінки, в тому числі з вогнем. 41-а стаття цього кодексу зобов'язує всіх нас, і ви в тому числі суб'єкти виконання цього законодавства, формувати культуру безпеки життєдіяльності наших громадян.

Під час презентацій я постійно себе запитувала, лікарі, які здійснюють цю презентацію, здебільшого розглядають цю проблематику, і абсолютно правильно, через необхідність надання медичної допомоги і своїх досягнень в ефективності надання цієї допомоги. Але, на превеликий жаль, в жодній презентації не прозвучали, хіба що за винятком пана Геннадія, не прозвучали питання саме того причинно-наслідкового зв'язку, чому ці випадки трапляються і що потрібно зробити для їх мінімізації. Власне кажучи, низька культура формування безпеки життєдіяльності має бути значно підвищена, і на ситуацію необхідно впливати. Тут потрібно, на наше глибоке переконання, збільшити взаємозв'язок між усіма суб'єктами по роботі з

дітьми. І заклади, і органи охорони здоров'я не є виключенням, і на них так само лежить обов'язок, про що вже говорила Ольга Вадимівна, повідомляти органи і служби у справах дітей, органи опіки у разі, коли їм стає відомо, що батьки ухиляються від надання дитині допомоги, від проходження реабілітації за призначенням лікарів – це все підстави для реагування і втручання в таку родину.

Якщо ми говоримо про відповідальне батьківство, то абсолютно правильні посили йдуть стосовно того, що потрібно працювати з мамами ще на стадії їх вагітності і з породіллями перших днів життя дитини. Але тим не менше, ми маємо пам'ятати, що в Україні понад 200 тисяч сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах, знову ж таки, з різних причин, і в тому числі через ведення нездорового способу життя. Є сім'ї, є безвідповідальні батьки, які не відвідують лікарів, не стають на облік і з ними важко вести таку роботу, і тут має бути втручання з боку соціальних служб, які здійснюють соціальний супровід таких сімей, які мають так само паралельно вести цю роботу з такими батьками. Саме тому при напрацюванні тих пропозицій, які були презентовані сьогодні головою парламентського комітету, увійшли в ту схему, скажімо так, рішень по впливу на ситуацію, увійшов такий комплексний підхід, до якого мають бути залучені, як заклади і органи охорони здоров'я, так і органи соціального захисту, так і органи поліції, так і служби надзвичайних ситуацій. Тільки завдяки такому комплексному підходу, я думаю, що нам вдасться змінити ситуацію. І, звичайно, що інформаційні компанії, привернення уваги нашого населення не мають бути фрагментарними від "круглого столу" до "круглого столу", цю ситуацію потрібно проводити на постійній роботі.

Зі свого боку я хочу сказати, що в рамках мандату Уповноваженого з прав людини ми наразі розробляємо зараз такий рейтинг регіонів стосовно дотримання прав людини. І, власне кажучи, ця ситуація з травматизмом дітей, зокрема і через опіки, наштовхнула нас на думку того, що в цей рейтинг оцінки ситуації з дотримання прав людини, зокрема на життя і охорону здоров'я, буде в тому числі включений цей показник. І починаючи вже з 2018 року в доповідь Уповноваженого ми так само будемо включати моніторинг ситуації в Україні із травмуванням дітей, тому, шановні, я вас хочу запевнити, що кількість наших візитів до ваших регіонів саме з цього питання збільшиться.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Аксано Анатоліївно.

Прошу передати від мене подяку пані Лутковській. Власне, це не перша наша зустріч, ми вже вийшли на такий більш широкий загал, але до того ми проводили зустрічі, "круглі столи", власне, шукали, де, що спільно ми можемо ще зробити.

Тому я дуже дякую вже за ваші готові рішення, і, власне, від всіх представників регіонних служб просто чекаю ваших кроків назустріч.

А зараз надаю слово заступнику директора Департаменту захисту прав дітей та усиновлення Вовку Володимиру Семеновичу: "Роль соціальних служб та служб у справах дітей у попередженні опіків у дітей та забезпеченні безпеки дітей".

ВОВК В.С. Доброго дня, шановні учасники, шановна Ольго Вадимівно! Звісно, нас сьогодні зібрало складне і надзвичайно важливе питання, яке, як каже популярна програма на телебаченні без всякої реклами для неї, стосується кожного, стосується, як фахівця, який сьогодні є в цьому залі, стосується, як жителя України, стосується, як батька, в моєму випадку – діда, бо це безпека наших дітей. І ті складні, надзвичайно кричущі випадки, які ми бачимо, в тому числі і на цих шоу, в тому числі і по телебаченню, вони, мабуть, все-таки перебороли минулого року критичну межу сприйняття в подальшому цих випадків і заставили всіх службовців на всіх рівнях – від Президента України до місцевих територіальних громад – зрозуміти, що треба робити щось. І робити не зворотно. Саме тому, мабуть, минулого року в листопаді було прийнято вперше Закон України "Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення гарантій безпеки дітей", яким безпека дітей внесена як термін і завдання до Закону України "Про національну безпеку". Саме тому, мабуть, і Указ за номером 5 цього року Президента України якраз на це спрямований. І там дано чітке завдання Кабінету Міністрів протягом 6 місяців розробити законопроект для запобігання жорстокому поводженню з дітьми, виникненню безпосередньої загрози їхньому життю або здоров'ю та подолання цих явищ.

Саме тому, мабуть, користуючись унікальною нагодою зміни формату держави, а саме: децентралізацією влади в Україні, зараз стрімко почало розвиватись вже знизу, а не зверху, як це було 5 років тому, створення мережі соціального обслуговування населення. Я маю на увазі фахівців соціальної роботи в громаді, я маю на увазі службу у справах дітей в громаді. Бо саме від того, як спрацює громада по відношенню до конкретної сім'ї, яка не в змозі, про це сьогодні багато йшло розмов у ваших виступах, яка сама не в змозі виконати свою батьківську функцію, саме громада повинна в майбутньому і вже тепер, тому що з 614 громад, які створені, вже в 519-и є фахівці з соціальної роботи. У 46-и вже є служби у справах дітей. А в 292-х є уповноважені представники по захисту прав дітей.

Це перші лишень структурні кроки, це перші кроки назустріч дітям. Вони поки що лише функціональні. І наше завдання на рівні Міністерства соціальної політики разом з вами наповнити, як соціальними партнерами, роботу цих структур, по-перше, найбільш відповідальними, бо вони найперші мають прийти на допомогу дитині, на допомогу батькам. Так от, зміст їхньої роботи має бути конкретний, норми чіткі, зрозумілі і



відповідальні. І саме ці фахівці зобов'язані знайти ту родину, яка потрапила в складні життєві обставини, визначити, чи в змозі батьки виконати свій батьківський потенціал і функціонал. Якщо ні, то допомогти їм різними шляхами, в тому числі, на жаль для батьків, але на щастя, можливо, для дитини, шляхом вилучення дитини на певний час, роботи з нею.

І тому оті випадки, коли медичні працівники знають про те, що батьки своїх функцій не виконують і не доносять це до служби у справах дітей, вони мають бути викорінені, тому що це соціальне партнерство. Для того, щоб воно діяло більш чітко і зрозуміло, розроблено проект Закону України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо упередження та подолання жорстокого поводження з дітьми, виникненню безпосередньої загрози їхньому життю або здоров'ю", де вноситься цілий ряд змін до Кодексу України "Про адміністративні порушення", до Кримінального кодексу, до Сімейного кодексу, до Законів України про Національну поліцію та органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей, до Закону України "Про охорону дитинства", де частина повноважень буде наділена для посилення адміністративної і кримінальної відповідальності самих батьків, а частина повноважень буде дана органам виконавчої влади і органам місцевого самоврядування для організації невідкладних заходів надання допомоги дітям у разі виникнення безпосередньо загрози їхньому життю або здоров'ю, а також забезпечення інформацією суспільства окреслених питань. Опрацьований всіма центральними органами виконавчої влади, найближчим часом буде в Секретаріаті Кабміну на виконання, в тому числі Указу Президента України.

Паралельно розроблена Постанова Кабінету Міністрів - деякі питання вдосконалення соціального захисту дітей, які перебувають в складних життєвих обставинах, в тому числі і таких, що можуть загрожувати життю та здоров'ю дитини. Тут теж чіткі зрозумілі завдання взаємодії всіх структурних підрозділів на місцях, включаючи громаду, органів охорони здоров'я, органів освіти, точніше закладів освіти, Службу в справах дітей, центрів соціальних служб і Національної поліції.

Механізми є, розуміння є. Сьогоднішня наша зустріч свідчить про те, що ми всі усвідомлено ідемо правильним шляхом. Я думаю, що найближчим часом, як сказала Ольга Вадимівна, ми будемо мати зовсім інший результат. Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую вам. І я дуже просила би при розробці наступних документів просити вас врахувати можливість оцінки роботи об'єднаних територіальних громад, в тому числі по кількості опіків у дітей. Раніше були критерії оцінки роботи регіонів, ви пам'ятаєте, кількість зданої крові, кількість донорів, скільки здали, це все раніше було. Зараз воно практично втрачено і нам потрібно це наново започатковувати.

ВОВК В.С. В нас є один такий індикатор – кількість виявлених випадків по загрозі життю і безпеці дітей, а там просто через кому, я думаю, маємо просто ввести, в тому числі від...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Так, це було би чудово, щоб ми могли, власне, доносити інформацію, щоб громади про це також думали і дбали.

Зараз надаю слово представнику Міністерства освіти і науки України, пані Фіцайло Світлані Сергіївні і також прошу пані Лілії Гриневич, яка сама опікується цим питанням, передати мою подяку.

ФІЦАЙЛО С.С. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановні присутні, я дуже коротко проінформувати, яким чином здійснюється в закладах загальної середньої освіти профілактика опіків і навчання дітей щодо надання першої домедичної допомоги. Зрозуміло, що освіта відіграє дуже важливу роль, особливо в первинній профілактиці, оскільки школу відвідують 99 відсотків дітей і через дітей ми можемо впливати на інформованість в цьому питанні не тільки самих дітей, а і їхніх батьків.

Це наші можливості. На жаль, вони не завжди реалізуються. Які ж причини? Ми проаналізували наші програми навчальних предметів і треба сказати, що профілактика опіків інтегрована в зміст навчальних предметів, таких як основи здоров'я, біологія, хімія та захист Вітчизни. Це все обов'язкові предмети, тобто вони вивчаються всіма учнями: з 1 по 9 клас - основи здоров'я, біологія, хімія – це середня і старша школа і захист Вітчизни – старша школа. Тобто ці питання розглядаються на всіх рівнях загальної середньої освіти тільки в різному обсязі залежно від віку дітей.

В початковій школі ці питання розглядаються в предметі "Основи здоров'я". Цей предмет запроваджений в нашій державі з 2001 року і впроваджувався він поетапно. Завершилось його впровадження в 2009 році. Його вивчають всі учні перших - дев'ятих класів. Предмет об'єднав у собі предмети попередніх років, ви пам'ятаєте, можливо, в школах вивчався предмет "Основи безпеки життєдіяльності", який був обов'язковим, і факультативний курс "Валеологія". Інтегрувавши задачі двох цих дисциплін, був створений предмет "Основи здоров'я", який спрямований саме на формування культури безпечної життєдіяльності і на формування навичок здорового способу життя та мотивації до ведення здорового способу життя.

Є певні проблеми з цим предметом у школах, тому що дуже мало вищих закладів освіти готує спеціалістів, викладачів предмету "Основи здоров'я". І була проведена міністерством певна робота щодо перепідготовки вчителів до викладання цього предмету. Цей предмет відрізняється від всіх інших тим, що він вимагає інтерактивних методів навчання. На жаль, недостатня кількість наших вчителів володіє такими методами навчання, і в

цьому є певна проблема, яка знижує результативність і ефективність даного предмету.

Проаналізувавши зміст програм, ми з'ясували, що ці питання, що стосуються профілактики опіків, вони включені в розділи, які присвячені саме безпеці життєдіяльності. І якщо в початковій школі, то в програмі немає такого чіткого формулювання "профілактика опіків", але є питання там "побутова безпека, безпека, коли ти один вдома". Діти учаться на якихось ситуаціях визначати, яка ситуація для них безпечна, яка небезпечна. Їм надаються перші знання з користування електроприладами, газовими приладами. Тобто таке саме спрямоване навчання на те, щоб дитина чітко визначала, яка ситуація небезпечна і яка може призвести до отримання опіків, і до кого треба звернутися, якщо якась така ситуація сталася.

В середній школі вже, звісно, інформація поширюється, і крім того, що розглядаються різноманітні ситуації, де діти визначають ризик даної ситуації щодо виникнення опіка, їм ще і надається інформація щодо надання першої медичної допомоги. І в змісті цього предмету є такі спеціальні уроки, практичні заняття, де вони вчаться моделювати певні ситуації. І, зокрема, моделюють надання домедичної допомоги у разі отримання опіку самою дитиною або якщо такі опіки отримав хтось поруч. Крім того, предмети такі як "Біологія" й "Хімія" доповнюють і в 8-у класі, вивчаючи ще курс "Біологія людини", вже більш детально вивчають діти першу допомогу при отриманні опіків.

Але, знову ж таки, в програмі ця інформація є, але коли ми передивилися всі підручники, які є для 8-го класу, то, на жаль, не всі автори підручників включили в достатній кількості інформацію з цього питання. Тобто є, але дуже стисло і дуже обмежено. Знову ж таки, тут є певні такі об'єктивні обставини, тому що за санітарними нормами кожен підручник має обмеження у вазі, тому автори підручників змушені вибирати на свій погляд, яка інформація на їх погляд більш важлива і яку потрібно включити в підручник.

І в старшій школі є предмет "Захист Вітчизни", в якому є такий курс "Основи медичних знань і допомоги". Його вивчають дівчата та ті хлопці, які за релігійними своїми ставленнями не вивчають предмет "Захист Вітчизни". І в цьому курсі також є окрема тема: "Опіки та обмороження. Надання допомоги." І там вже більш детально на більш такому ґрунтовному рівні вивчаються ці питання. Але що виявилось? Сьогодні говорили, що дуже важливо, щоб люди усвідомлювали наслідки опіків. У нас, виявляється, в програмах про наслідки опіків говориться тільки вже в старшій школі. А відомо, що ставлення до якоїсь проблеми формується у дітей до 14 років. Тобто ми вже, наприклад, готуючись до цього "круглого столу", побачили недоліки програми і будемо вносити певні зміни, хоча це можна зробити, не змінюючи саму програму, а просто розробивши методичні рекомендації для вчителів для того, як цю тему розглядати в якому класі.

Крім того, ми ніколи не з'ясовували рівень поінформованості дітей щодо цих питань. Тобто в програмі воно включено, але моніторинг, зріз знань саме з цього питання ми не проводили, більше приділяли увагу інфекційним захворюванням, і це як би недолік роботи, який треба змінювати.

І от з власного досвіду вчителя я знаю, що дійсно у населення дуже хибні уявлення про першу допомогу, домедичну допомогу при отриманні опіків. Коли у дітей на уроці запитуєш про опік гарячою водою, що ти будеш робити, ну, більшість говорить, що будуть користуватися олією, салом – ну все те, що було у вас, абсолютно точно. І тут велика проблема. Ну, кому більше довіряє дитина? В більшості сімей, все ж таки, батькам. І іноді те, що вчитель скаже на уроці, вона, ця дитина, може прослухати, вона може хворіти в цей час, тобто ця інформація не доноситься.

Крім того, треба розуміти, що в програмах воно є, але, все ж таки, це фрагментарно в програмах, це один, максимум два уроки на рік в кожному класі, але один-два уроки на рік. А це потрібно, особливо в дитячому віці, постійно. Тому крім того, що потрібно це на уроках, це потрібно і в позакласній роботі. У нас немає достатньої кількості розробок методичних і відеоматеріалів якихось, для того щоб це навчання зробити для дітей більш цікавим, більш доступним, для сучасних дітей, і щоб можна було це провадити не тільки на уроках, а і в позаурочну діяльність.

Тобто задачі ми перед собою бачимо, які робити. Нам потрібно єдине що – допомога від медичної сфери, для того щоб правильно ці питання були висвітлені в наших методичних матеріалах, і допомога, звісно, засобів масової інформації. Тобто потрібне певне інформаційне поле, для того щоб цим переймалися не тільки медики й освітяни, і соціологи, соціальні співробітники, а щоб це була проблема, яку б усвідомлювали всі люди. І вплив на молодих мам можна здійснювати ще через дитячі садочки. Але для цього теж треба розробити певні якісь тренінги для них і їх можна залучати до цього. Дякую.

**БОГОМОЛЕЦЬ О.В.** Я вам дуже дякую за проведену роботу. Власне, ми раніше разом аналізували, як викладається це в підручниках. Що хотіла би зазначити? Що нам надважливо у дітей сформувати емоцію. Тобто перша емоція має бути – небезпека для дітей малого віку - це може привести до небезпеки для мене, для мого здоров'я.

Наступний етап: що зробити, власне, перша допомога. А для старших дітей надважливо привити емоцію – візьми відповідальність за меншого. Це, власне, єдине, що у віці 14, 15, 17, їх вже вчити складно в цей час, а от навчити його що буде, якщо у тебе є менший, який тільки бігає, що і як буде відбуватися, ми готові тут долучитися з точки зору методологічної, що робити, і оцей конкурс, який ми об'являємо, я прошу Міністерство освіти... Власне, звернуся до вас з офіційним листом, щоб ви це розповсюдили через

школи, а потім буду просити, щоб ми з вами після того, як у нас алгоритм буде опрацьовано, провести, щоб діти провели опитування своїх батьків і виклали своїм батькам: якби з початку перевірили, здали нам знання, а потім навчили їх що робити. Можливо, це на рівні країни дасть певний результат, достатньо швидкий. Дякую.

Зараз запрошую до слова начальника відділу підготовки органів управління та навчання населення Управління планування та координації заходів цивільного захисту Державної служби України з питань надзвичайних ситуацій Осипенка Сергія Івановича.

ОСИПЕНКО С.І. Доброго вечора, шановні колеги! Вражаючи фотографії, які ми з вами побачили, зараз вони, звичайно, спонукають всіх нас шукати будь-які існуючі діючі системи для того, щоб протидіяти наведеним фактам.

Одна із таких систем законодавчо визначена в державі – Єдина державна система цивільного захисту. Відповідно до Кодексу цивільного захисту України, який зараз тут уже згадувався, закріплений обов'язок громадян вивчати способи захисту від надзвичайних ситуацій та дій у разі їх виникнення.

За дорученням Державної служби надзвичайних ситуацій я вас поінформую про систему навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях.

Такий механізм створений рішенням уряду, відповідною постановою затверджений, і визначений порядок, який передбачає проведення такого навчання за місцем роботи, за місцем навчання і за місцем проживання. Конкретизуються такі заходи Державним стандартом України, який також має таку ж назву: "Навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях".

Залежно від участі громадян України у заходах цивільного захисту вони розподілені за навчальними категоріями.

Основна така навчальна категорія – це особи керівного складу, які не на професійній основі організують або виконують заходи цивільного захисту. Навчанню такої категорії ми надаємо особливу важливість, і вона у нас навчається на спеціально утворених разом з Державною службою надзвичайних ситуацій і місцевими органами виконавчої влади, територіальних курсах, навчально-методичних центрів цивільного захисту та безпеки життєдіяльності.

Наступна категорія – це працівники, які на добровільних засадах зараховані до складу спеціалізованих служб та формувань цивільного захисту. Їх навчання відбувається безпосередньо у роботодавця в межах законодавчо визначеної системи професійного навчання працівників на виробництві за розробленими Державною службою з надзвичайних ситуацій програмами навчання. Таке навчання відбувається за 12-15-годинними програмами.

Наступна категорія – це непрацююче населення. Непрацююче населення пізнає дії надзвичайної ситуації завдяки існуючим в областях, містах консультаційних пунктів, які створені при територіальних органах Державної служби надзвичайних ситуацій, а також за результатами декларацій об'єктів підвищеної небезпеки, які в установлений термін надають відповідну інформацію, відомості для населення через засоби масової інформації. Так, як ми зараз з вами обговорюємо питання щодо опікового травматизму дітей, відповідно до Постанови №11 Кабінету Міністрів України Міністерство освіти і науки в рамках державної системи утворюють свою функціональну підсистему навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів з питань безпеки життєдіяльності.

Як тут працює система? Перш за все законодавством передбачено, що стандарти загальної середньої освіти, вищої освіти, базовий компонент дошкільної освіти обов'язково враховують питання щодо навчання елементарних способів захисту від надзвичайних ситуацій. Це, по-перше.

По-друге, системою освіти визначені на місцях опорні загальні середні навчальні заклади, через які розповсюджуються ефективні механізми або методи організації навчально-виховної роботи з дітьми з тематики надзвичайних ситуацій в стандартах освіти.

Безпосередньо наші працівники Державної служби надзвичайних ситуацій щорічно беруть участь у проведенні таких агітаційних та пропагандистських заходів і в той же самий час заходів практичного відпрацювання дій надзвичайних ситуацій, як у дошкільних навчальних закладах тиждень безпеки дитини, а в загальних середніх освітніх закладах день цивільного захисту. Це і "відкриті уроки", це і демонстрація техніки рятувальної, це і відпрацювання дій за планами реагування у надзвичайних ситуаціях.

В системі вищої освіти. відповідно до затверджених стандартів, за навчальними дисциплінами для рівня бакалаврату – безпека життєдіяльності, для рівня магістра – цивільний захист, вивчаються питання щодо організації виконання заходів цивільного захисту за планами реагування на надзвичайні ситуації.

Таким чином, зазначена система, вона може використовувати, в тому числі і зазначену проблематику, яку ми зараз з вами розглядаємо, на всіх рівнях, починаючи з навчання як керівників, так і непрацюючого населення. Звичайно, в цій системі є і проблемні питання, які зараз я не хотів би зачіпати, але проблеми, як і завжди, це виконання того законодавства. Законодавство у нас непогане, але виконання на місцях, мотивація людей для того, щоб вони виконували! Тому що адміністративні механізми, вони зникають. Ефективних економічних механізмів зараз, на жаль, не існує. Залишається тільки сподіватися на усвідомлення нашими громадянами України того, що потрібно виконувати законодавство.

Тому система є, вона працює, вона достатньо потужна, обслуговується фахівцями. І Державна служба надзвичайних ситуацій може і буде проводити в цьому напрямку свою роботу.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я вам дуже дякую. Просила б, щоб ми на рівні комунікації між управліннями освіти на місцях і на рівні управлінь ДСНС на місцях, в регіонах, створили б механізм локальної комунікації, як це правильно робити. Можливо, Міністерство освіти разом з ДСНС могли б розробити спільний алгоритм, тому що хотілося б, щоб пожежники, які мають приходити в школи, щоб вони надавали ту саму інформацію, ну, може в іншому форматі, але щоб у нас не було розбіжностей, щоб у дітей не було втрати орієнтації в просторі.

Тобто ми маємо створити стандартизовані програми і навчити пожежників, щоб працювали – якщо це "ЗОНТ", так, то він має бути для всіх "ЗОНТ", якщо ми охолоджуємо, то охолоджуємо, як мінімум, 20 хвилин до зменшення, до зникнення повного болю. Ми з медичної сторони готові надати стандартизовану інформацію, з освітянської – можливо, стандарти поведінкові залежно від того, який вік, з вашого боку важливе було б виконання, як правильно це зробити.

Я хотіла б задати буквально декілька запитань. Розумію, що час – ми 3 години з вами працюємо, за цей час в Україні обпеклося 3 дитини, поки ми з вами тут знаходимося. Тобто до вас вони поступили в лікарні. Якщо говорити про 7 тисяч дітей на рік, це майже щогодини у нас з опіками дитина в Україні з'являється.

Тобто наше завдання – щоб наші 3 години сидіння тут з вами завершилися реальними кроками усвідомлення і спільної роботи. Запитання у мене до вас. Скажіть, будь ласка, є щось, що на місцях ви бачите, що на рівні верхньої влади, на рівні комунікації між міністерствами могло би бути зроблено, щоб вам полегшити процес доведення, донесення інформації?

Будь ласка, включайте червону кнопчку у мікрофоні. Представляйтесь, будь ласка, хто ви і звідки.

ПРІНЬКО С.І. Доброго дня. Директор Навчально-методичного центру якості освіти та координації господарської діяльності у Чернівецькій області.

Є в нас така структура, вона дійсно існує одна на Україну. Але ми, поряд із ЗНО, займаємося багато й господарськими питаннями, в тому числі безпекою життєдіяльності. І нещодавно була у нас перевірка і ми давали пропозицію. І хочу послухати, Ольго Вадимівно, вашу думку на цю пропозицію.

Чи не є можливим, так як у нас сьогодні прозвучав найважливіший акцент, це превенція, превентивна робота просвітницька, запропонувати на рівні влади фінансування по методиці "Шкільного автобусу" 70 на 30, щоб

держава на себе взяла велике таке - 70 відсотків - фінансування протипожежних заходів по всіх закладах освіти? Це стосується, по всій Україні. Тому що, наприклад, невелика наша область, по нашим таким оперативним даним, щоб запрацювала оця безпека життєдіяльності, потрібно 152 мільйона.

На сьогодні, що зробила місцева влада? Це ми блоком в питання "Розвиток освіти", це поки що проект, де піднімається питання на засіданні обласної ради, це блок протипожежних заходів на 5 років, де можуть уже органи місцевого самоврядування хоча би вставити якусь частку фінансування. Але фінансування – це болюче питання.

І Чернівецька область якраз дуже співпрацює з Державною службою з надзвичайних ситуацій України в Чернівецькій області, якраз практичні заняття, ті дієві, по плану спільних наказів разом по Чернівецькій області воно проходить. Оце питання підняти від комісії, що має оця спільність освітянська бути з Державною службою з надзвичайних ситуацій, що державні ці фінанси все ж таки мають вливатися на допомогу на місцях.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Ми включимо це питання в резолюцію. Будь ласка, у кого ще є питання, пропозиції? Будь ласка.

ДАНИЛКІВ С. Шановні панове, мене звати Сергій Данилків, заступник голови Благодійного фонду "Доктус". Я б хотів не стільки запитання, скільки пропозицію і деякі доповнення до наших виступів сказати.

Дякую колегам-хірургам за демонстрацію чудової роботи. Але героїзм одних – це, як правило, наслідок нехлюйства інших. І я б хотів сказати, що важливість, те, що ми розглядаємо, попередження опіків у дітей – це попередження виникнення кількох тисяч інвалідів щороку, за яких держава несе відповідальність все життя, в тому числі і родичі. Тому задача крос-функціональна і, власне, її важливість неможливо переоцінити.

Лікарі не повинні бути лекторами, лікарі повинні бути носіями уніфікованої інформації. А ми всі з вами, в тому числі і муніципальні керівники, повинні розуміти, що, коли ми відключаємо гаряче водопостачання або опалення передчасно, ми різко збільшуємо кількість пожеж і користування нагрівальними приладами вдома. І зразу різко зростає кількість опіків в першу чергу у дітей. І тому, власне, ці керівники повинні бути, в тому числі в програмі і напружувати своїх підлеглих, і освіту, і мас-медіа, і медицину. І з медицини, до речі, такий є рудимент, який мав би бути дуже хорошим інструментом, як центри здоров'я, які повинні доносити інформацію, а на сьогодні вони працюють по застарілих. І, власне, через множинні канали інформації до цільових груп: і садочки, і школа, і батьки, і ті, хто готується стати батьками, і церква. Дякую за ідею – душе хороша пропозиція. Простими словами тими ж алгоритмами, що зробити, щоб не



сталось, і що зробити, коли сталося, для того щоб це не вилилось в інвалідність.

І, власне, в цьому випадку я хочу завершити оцю навчальну справу і хочу сказати кілька слів, доповнити те, що Геннадій починав говорити, про розвиток технологій. Завдяки його старанням і неурядових організацій, які ми представляємо, є можливість на сьогодні отримати оцю найкращу, найновішу технологію, яка називається "Інтегра" – це біологічна, біосинтетична матриця, яка дозволяє замість рубців наростити власну шкіру, не інвалідизуючи. Це дуже дорога технологія, але на сьогодні в Україні ми маємо змогу її надавати безкоштовно, і не тільки дітям, а, власне, дорослим, в тому числі і бійцям ВСУ, які постраждали від механічної, хімічної і опікової травми теж.

З чим ми стикнулися? З тим, що, по-перше, не всі лікарі розуміють що це таке і кому його можна. Вони направляють пацієнтів, які завідомо безперспективні в плані трансплантації, в плані цього лікування.

Друге. Ми помітили комерціалізацію. Пацієнти, які ще не знають, чи будуть лікуватися, їм озвучують суми за лікування.

І тому нами спільно була прийнята така пропозиція, що ми будемо надавати "Інтегру" не закладам, не лікарям, а безпосередньо пацієнтом. У кожному випадку ми будемо аналізувати історію хвороби і фотографії кожного пацієнта і консультувати їх з американськими хірургами, з американськими колегами. І у цьому випадку і пацієнт і лікар будуть підписувати погодження про розуміння використання цієї "Інтегри", і я вірю, що у найближчі 2 роки кілька сотень пацієнтів на собі відчують переваги нових біотехнологій.

Тому якщо будуть такі пацієнти, а вони точно будуть, їх є багато, ми просимо звертатися на сторінку "Проти опіків" у Фейсбуці, там є координати Мирослави Децик, мої і Геннадія Фузайлова, і ми надамо всю можливу інформацію, роз'яснення щодо використання "Інтегри".

Дякую вам.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги, якщо запитань немає, я підводжу короткі підсумки.

Власне, після завершення виступів представників фонду хочу ще наголосити, що на 1 мільйон доларів "Інтегра" вже є в Україні. Тепер тільки від ваших пацієнтів, власне, запити, і якщо вона потрібна і показана, вони її отримають безкоштовно, а ви зможете її використати і нею користуватися, власне, як лікарі. Це буде достатньо оперативний процес, і це той практичний результат, який ви вже зможете отримати.

Наступне. По завершенню цього "круглого столу" буде Резолюція і відповідні доручення надані і управлінням охорони здоров'я, управління освіти. І дуже хотілось би, щоб ви перейнялися просто цією проблемою, так

щиро, по-людськи, бо я прекрасно розумію, що економічно зараз ми не можемо нікого стимулювати.

Моя позиція: я не буду сьогодні говорити про реформу, про зарплату, я думаю, що ви всі мою позицію знаєте, що, власне, те відношення, яке сьогодні є в Україні до медиків і до науковців, воно абсолютно ганебне. Але поза тим ми не маємо права відступати, не маємо права опускати руки і не маємо права виїжджати з нашої країни – вона у нас одна. Хай виїжджають ті, хто має подвійні паспорти, офшорні рахунки і інше громадянство. Нам тут жити, і, власне, горизонтальна реформа, яку ми зараз з вами зробимо, вона закладе фундамент для нової якісної держави. А я, зі свого боку, обіцяю вам, що боролась, борюся і буду боротися за те, щоб зарплата медикам була підвищена, за те, щоб у нас було достатнє фінансування, і щоб ми врешті-решт прийшли до обов'язкового медичного страхування, тому що суми в 4 гривні або навіть у 34 гривні на добу на людину, на дитину – це ганьба! І таких речей не можна вибачати, переступати. Нам потрібно рухатися далі. І я вірю в те, що по-маленьку, поступово ми зможемо все це змінити. І буде в нас обов'язково медичне страхування, будуть захищені лікарі і будуть захищені пацієнти.

Дякую вам ще раз за вашу увагу. Якщо вам потрібні координати Мирослави, фонду для того, щоб ви могли отримати "Інтегру" в майбутньому, прошу вас, будь ласка, взяти цю презентацію. Я сподіваюся, що вона вам знадобиться. Ми спеціально для вас її друкували. І вона стане для вас дорожньою картою щодо подальших змін. Дякую.