

**Заключна інформація щодо підсумків епідемічного сезону
з грипу та гострих респіраторних інфекцій 2025-2026 років**

| | |
|--|-----------|
| Зміст | 1 |
| 1. Підсумки сезону ГРВІ в Європейському регіоні ВООЗ | 2 |
| 2. Моніторинг надлишкової смертності від усіх причин | 3 |
| 3. Рутинний епідеміологічний нагляд за ГРВІ в Україні..... | 3 |
| 3.1 Захворюваність на ГРВІ | 4 |
| 3.2 Захворюваність на COVID-19..... | 5 |
| 3.3 Летальність внаслідок грипу та COVID-19 | 6 |
| 4. Дозорний епідеміологічний нагляд | 11 |
| 4.1 Дозорний епідеміологічний нагляд за ГПЗ | 11 |
| 4.2 Дозорний епіднагляд за ТГРІ..... | 15 |
| 5. Вірусологічний моніторинг циркуляції вірусів грипу та ГРВІ | 19 |
| 6. Вакцинація проти грипу | 27 |

1. Підсумки сезону ГРВІ в Європейському регіоні ВООЗ

Згідно з даними Європейської системи епідеміологічного нагляду за респіраторними вірусами (ERVISS), Європейського центру з профілактики та контролю захворювань (Flu News Europe) Всесвітньої організації охорони (ВООЗ) здоров'я та щотижневих бюлетенів (<http://flunewseurope.org>), епідемічний сезон 2025-2026 років у Європейському регіоні ВООЗ характеризувався інтенсивною циркуляцією вірусів грипу, вірусів респіраторно-синцитіальних (RSV) та SARS-CoV-2 із поступовим переходом наприкінці квітня 2026 року епідемічного процесу до міжсезонного рівня.

На відміну від перших років після пандемії гострої респіраторної інфекції, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19), у сезоні 2025-2026 років спостерігалася чітко виражена сезонність циркуляції респіраторних вірусів із типовим осінньо-зимовим підйомом захворюваності. Активність SARS-CoV-2 у більшості країн Європейського регіону залишалася на фонових рівнях, основний тягар захворюваності та госпіталізацій формували віруси грипу та RSV.

На 45 тижні 2025 року в Європейському регіоні ВООЗ було зареєстровано перевищення 10% епідемічного порогу, встановленого для дозорних зразків клінічних матеріалів із позитивними результатами на визначення вірусів грипу, що свідчить про початок епідемії сезонного грипу в регіоні.

Серед зразків матеріалів, отриманих у системі дозорного епідеміологічного нагляду від закладів із надання первинної медико-санітарної допомоги, частка позитивних результатів на грип упродовж сезону досягала 22%, тоді як позитивність на RSV становила 6%, а на SARS-CoV-2 - 4%. У системі дозорного нагляду за тяжкими гострими респіраторними інфекціями (ТГРІ) частка позитивних результатів на грип становила 18%, на RSV - 11%, а на SARS-CoV-2 - 3%.

Сезонна епідемічна активність грипу продовжувалася до 10 тижня 2026 року включно. За даними дозорного та рутинного епідеміологічного нагляду, на початку сезону в структурі циркулюючих вірусів грипу переважали віруси типу А(Н3), частка яких становила 71% серед усіх охарактеризованих вірусів грипу. Віруси А(Н1)рdm09 становили 28%, а віруси грипу типу В/Victoria - близько 1%. Досліджені віруси грипу в більшості випадків демонстрували чутливість до інгібіторів нейрамінідази.

Особливістю сезону 2025-2026 років було збереження суттєвого навантаження на систему охорони здоров'я, пов'язаного із циркуляцією RSV серед дітей раннього віку. За даними ВООЗ, найбільший тягар RSV-інфекції припадав на дітей віком до 5 років. Одночасно вікові групи старше 65 років залишалися найбільш уразливими щодо тяжкого перебігу грипу та COVID-19.

За даними Європейського регіону ВООЗ, рівень смертності, пов'язаної з COVID-19, у сезоні 2025-2026 років залишався низьким, у тому числі серед осіб віком 65 років і старше. Аналіз надлишкової смертності EuroMOMO демонстрував очікувані рівні смертності у всіх вікових групах населення.

Для забезпечення максимального захисту ВООЗ рекомендувало оновити склад вакцин для Північної півкулі. Порівняно з минулим сезоном усі три основні компоненти вірусів (H1N1, H3N2 та тип В) були змінені.

2. Моніторинг надлишкової смертності від усіх причин

Починаючи з 2019 року Україна брала участь в європейському проєкті щодо моніторингу надлишкової смертності для прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я - EuroMOMO та AttMOMO (<https://www.euromomo.eu>). Мета проєкту EuroMOMO - виявлення та вимірювання надлишкової смертності, пов'язаної з сезонним грипом, пандемією та іншими загрозами для здоров'я населення з використанням стандартизованого підходу для забезпечення порівнянності показників смертності між країнами. AttMOMO - модель, що розглядає загальну кількість смертей, пов'язаних із одним або кількома інфекційними патогенами, що циркулюють у популяції одночасно, таких як грип та COVID-19 або грип та RSV, і ті, що призводять до смерті через надмірні температури та інші сезонні закономірності.

Моделі EuroMOMO та AttMOMO аналізують визначені базові рівні смертності та їх перевищення (надлишкову смертність) із використанням різних епідеміологічних і статистичних методів, включаючи методи регресії та інші підходи аналізу часових рядів, із метою вивчення внеску різних інфекційних хвороб (наприклад, грипу) або факторів навколишнього середовища (наприклад, сильні морози чи спека) у смертність в країнах-учасницях проєкту.

Через поточну війну в Україні, починаючи з 9 тижня 2022 року, щотижнева інформація до проєкту не надавалася через відсутність офіційних даних щодо смертності населення від тієї чи іншої причини.

3. Рутинний епідеміологічний нагляд за ГРВІ в Україні

Рутинний епідеміологічний нагляд за ГРВІ здійснюється в усіх закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) України.

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2019 року № 1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ¹» (далі - Наказ) ЗОЗ протягом епідемічного сезону щотижнево звітували про кількість випадків захворювань на ГРВІ, кількість госпіталізованих осіб, кількість щеплених проти грипу та надавали інформацію стосовно летальних випадків внаслідок грипу.

Для епідемічного сезону 2025-2026 років в Україні були характерні загальні тенденції розвитку епідемічного процесу респіраторних інфекцій, притаманні країнам Європейського регіону ВООЗ.

Одночасно, порівняно з попередніми сезонами, відзначалося поступове повернення епідемічного процесу респіраторних інфекцій до типової сезонності, характерної для допандемічного періоду. COVID-19 продовжував циркулювати на території України, однак його вплив на загальну структуру ГРВІ був менш вираженим порівняно з періодом пандемії.

¹ Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0595-19#Text>

3.1 Захворюваність на ГРВІ

В Україні протягом епідемічного сезону 2025-2026 років зареєстровано 4 236 118 випадків захворювань на грип та ГРВІ, показник захворюваності становив 11 928,2 на 100 тис. населення², що на 7,1% менше порівняно з аналогічним періодом попереднього епідемічного сезону. Протягом сезону за медичною допомогою з приводу захворювання на респіраторну групу інфекцій звернулось 11,9% населення України. Із загальної кількості захворілих зареєстровано 2 390 625 (56,4%) дітей віком до 17 років, що є характерним для респіраторної групи інфекцій.

Серед загальної кількості захворілих на грип та ГРВІ найбільше епідемічне навантаження формували діти віком 5-14 років - 1 360 425 (32,1%), що свідчить про активну циркуляцію респіраторних вірусів у дитячих організованих колективах, а також доросле населення віком 30-64 роки - 1 141 616 (26,9%), серед якого реєструвалася значна кількість випадків госпіталізації та тяжкого перебігу захворювання.

Найбільша кількість випадків грипу та ГРВІ зареєстровано у Київській, Дніпропетровській, Львівській, Одеській та Харківській областях, що зумовлено значною чисельністю та щільністю населення цих регіонів та високою інтенсивністю міграційних процесів та концентрацією міського населення.

Протягом епідемічного сезону захворюваність на ГРВІ мала хвилеподібний характер із максимальним середнім рівнем інтенсивності епідемічного процесу, визначеним для України, на 08 тижні - 508,9 на 100 тисяч населення (рис. 1).

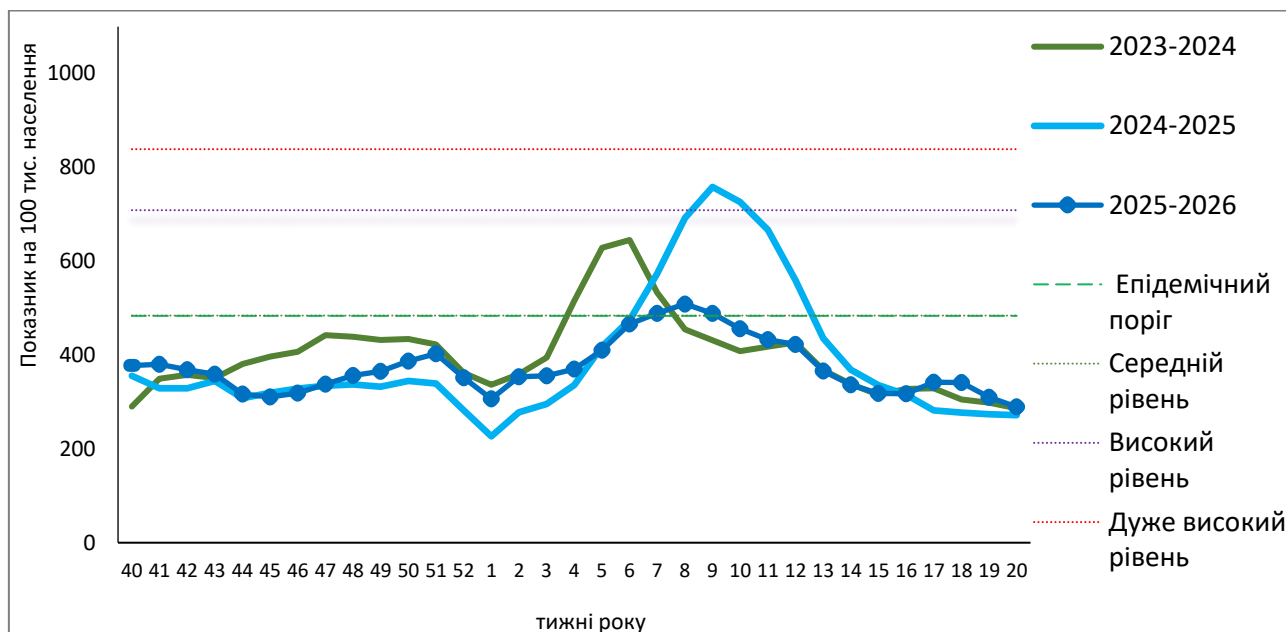


Рисунок 1. Інтенсивний показник захворюваності на грип та ГРВІ та рівень перевищення епідемічного порогу, Україна, станом на 20 тиждень 2026 року

² Джерело: <https://www.ukrstat.gov.ua/>, станом на 01.01.2022.

Показники захворюваності по Україні повернулися до передепідемічного рівня наприкінці 09 тижня (23 лютого - 01 березня 2026). Епідемічний підйом тривав всього три тижні.

Водночас в окремі періоди спостереження середній рівень епідемічної інтенсивності простежувався на заході та центрі країни – у Волинській, Житомирській, Рівненській, Полтавській та Хмельницькій областях, тоді як в інших регіонах був зафіксований низький рівень. Лише в Житомирській області перевищення епідемічного порогу низького рівня зберігалося до 12 тижня на фоні передепідемічного рівня в інших регіонах. На перебіг епідемічного процесу впливали соціально-інфраструктурні фактори, зокрема наслідки пошкодження об'єктів критичної інфраструктури, перебої з енерго- та теплопостачанням, які ускладнювали забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов для населення. Важливими чинниками також залишалися особливості організації освітнього процесу, доступність медичної допомоги та своєчасність звернення населення до закладів охорони здоров'я.

В східних прифронтових областях протягом сезону переважно реєструвався передепідемічний рівень захворюваності, що не відтворювало реальну епідемічну ситуацію. Статистичні дані з цих регіонів не можна вважати репрезентативними у зв'язку з руйнуванням закладів охорони здоров'я, порушенням системи збору оперативної інформації, обмеженим доступом до медичної допомоги та відсутністю повноцінних даних із тимчасово окупованих територій.

За результатами рутинного епідеміологічного нагляду, епідемічний сезон 2025-2026 років характеризувався поліетіологічною структурою циркуляції респіраторних патогенів. У клінічних зразках матеріалів визначалися віруси грипу типів В і А (при домінуванні вірусів грипу типу А(Н3)), RSV, парагрипу, аденовіруси, риновіруси, метапневмовіруси та SARS-CoV-2.

Протягом сезону було госпіталізовано 119 799 осіб, що становило 2,8% від загальної кількості зареєстрованих випадків ГРВІ. Медичну допомогу в умовах стаціонару отримали 67 490 дітей віком до 17 років, що становило 56,3% від загальної кількості госпіталізованих осіб та 2,8% від загальної кількості зареєстрованих випадків серед дітей.

Найбільша питома вага серед усіх госпіталізованих припадала на вікові категорії 0-4 роки, 5-14 років та 30-64 роки - 27,3%, 24,9% та 26% відповідно. Найменша частка госпіталізованих реєструвалася серед осіб віком 15-17 років - 4,2%.

3.2 Захворюваність на COVID-19

В епідемічному сезоні 2025-2026 захворюваність на COVID-19 суттєво не впливала на перебіг епідемічного процесу ГРВІ, питома вага серед загальної кількості зареєстрованих випадків ГРВІ становила 0,5%. За результатами тестування встановлено 22 121 випадок захворювання на COVID-19 серед загальної кількості пацієнтів із ГРВІ.

За результатами аналізу лабораторно підтверджених випадків COVID-19 у сезоні 2025-2026 років найбільша кількість випадків зареєстрована у

Дніпропетровській області – 2 042 випадки, місті Києві – 1 821, Одеській – 1 671, Полтавській – 1 323 та Львівській областях – 1 208 випадків. У віковій структурі захворілих переважали особи віком 30-64 роки, що свідчить про активну циркуляцію SARS-CoV-2 серед соціально активного населення та збереження ризику тяжкого перебігу хвороби серед осіб працездатного віку. Значна кількість випадків також реєструвалася серед дітей віком до 17 років: 3 705 - 6,7% від загальної кількості випадків серед пацієнтів із позитивними результатами на COVID-19, що підтверджує подальше формування сезонного характеру циркуляції COVID-19.

Усього госпіталізовано 7 100 пацієнтів із COVID-19, найбільше - в Одеській області (604 особи), Вінницькій (519 осіб), місті Києві (512 осіб) та Дніпропетровській області (461 особа). Найбільша питома вага госпіталізованих припадала на вікові групи 30-64 роки та 65+, що свідчить про переважання тяжких форм перебігу хвороби серед дорослого населення та осіб груп медичного ризику.

Медичну допомогу у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) найчастіше потребували пацієнти у місті Києві, Київській, Вінницькій, Дніпропетровській та Полтавській областях. У структурі пацієнтів ВРІТ переважали особи віком старше 30 років, що підтверджує визначальний вплив супутніх захворювань та пізнього звернення за медичною допомогою на розвиток тяжкого перебігу COVID-19.

В умовах стаціонару отримали допомогу 1 509 дітей - 21,3% від загальної кількості госпіталізованих, із них 39 дітей із COVID-19 потрапили до ВРІТ, летальних випадків серед дітей не зареєстровано.

3.3 Летальність внаслідок грипу та COVID-19

Протягом епідемічного сезону 2025-2026 років у системах рутинного та дозорного епідеміологічного нагляду зареєстрований 201 летальний випадок, пов'язаний із гострими респіраторними інфекціями, у тому числі 86 випадків внаслідок грипу і інших ГРВІ та 115 випадків серед осіб із лабораторно підтвердженим COVID-19 (табл.1).

Таблиця 1. Кількість померлих та результати досліджень зразків матеріалів, відібраних від померлих, 40 - 20 тижні сезону 2025 - 2026

| перелік вірусів, що визначено | визначено вірусів | | | всього померлих осіб, абс.ч. |
|----------------------------------|-------------------|--------|--------|------------------------------|
| | дозор | рутина | всього | |
| A(H1)pdm09 | | 2 | 2 | 2 |
| A(H3) | 6 | 10 | 16 | 16 |
| A не субтипований | 5 | 55 | 60 | 60 |
| SARS-CoV-2 | 8 | 107 | 115 | 115 |
| RSV | | 1 | 1 | 1 |
| аденовіруси | | 2 | 2 | 2 |
| метапневмовіруси | 1 | 2 | 3 | 3 |

| | | | | |
|-------------|----|--------------------------------|-----|-----|
| ко-інфекція | | А не субтипований +аденовіруси | 4 | 2 |
| | | А не субтипований +SARS-CoV-2 | | |
| разом | 20 | 183 | 203 | 201 |

Упродовж епідемічного сезону спостерігалася мінлива динаміка реєстрації летальних випадків, пов'язаних із COVID-19, та смертності внаслідок грипу і ГРВІ (рис. 2).

Динаміка летальних випадків протягом сезону відображала особливості циркуляції респіраторних вірусів. На початку епідемічного сезону основний внесок у структуру летальності формував COVID-19. Найбільша кількість смертей серед осіб із підтвердженим COVID-19 була зареєстрована на 41-му тижні 2025 року (18 випадків) та 42-му тижні (16 випадків). Надалі кількість летальних випадків поступово зменшувалася, хоча поодинокі випадки реєструвалися протягом усього періоду спостереження.

На відміну від COVID-19, летальні випадки внаслідок грипу та ГРВІ почали реєструватися переважно під час сезонного підйому захворюваності. Їх кількість зростала у період із 2-го по 12-й тиждень року. Максимальна кількість померлих внаслідок грипу та ГРВІ була зареєстрована на 4-му та 6-му тижнях, коли зафіксовано по 11 летальних випадків. Це свідчить про зростання тяжкості перебігу респіраторних інфекцій серед найбільш уразливих груп населення під час інтенсивної циркуляції вірусів грипу серед населення.

Динаміка летальності не корелювала із загальним перебігом епідемічного процесу. Інтенсивний показник захворюваності на грип та ГРВІ поступово зростав із початку року та досяг максимального рівня на 8-му тижні 2026 року. При цьому максимальна кількість летальних випадків від грипу та ГРВІ реєструвалася за декілька тижнів до піку захворюваності. Така закономірність може свідчити про більш раннє залучення до епідемічного процесу осіб із груп медичного ризику, серед яких частіше розвиваються тяжкі форми захворювання та ускладнення.

Загалом епідемічний сезон характеризувався переважанням летальних випадків, пов'язаних із COVID-19, на початку спостереження та подальшим зміщенням тягаря смертності у бік грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій під час сезонного підйому захворюваності. Після проходження піку захворюваності на ГРВІ відзначалося поступове зниження як кількості летальних випадків, так і інтенсивності епідемічного процесу.

За результатами лабораторних досліджень матеріалів від померлих внаслідок грипу встановлено циркуляцію кількох типів і субтипів вірусів грипу типу А не субтипований, а також віруси грипу типів А(Н1)рdm09 та А(Н3). Зареєстровано випадки коінфекції вірусами: в місті Києві грипу типу А не субтипованого та SARS-CoV-2 і в місті Черкаси вірусами грипу типу А не субтипованого та аденовірусами, що підтверджує можливість одночасної циркуляції кількох респіраторних патогенів та підвищення ризику тяжкого перебігу захворювання за наявності супутньої патології. На розвиток летального наслідку вплинули наявні супутні захворювання (хронічні захворювання легень та серцево-судинної системи).

Серед 78 летальних випадків від грипу зареєстровано 9 (11,5%) випадків серед дітей віком до 17 років та 69 випадків серед осіб віком понад 30 років, що становило 88,5% від усіх померлих від грипу.

У гендерній структурі летальних випадків внаслідок **грипу** переважали чоловіки - 45 випадків (57,7%), тоді як серед жінок зареєстровано 33 випадки (42,3%). Серед померлих із **COVID-19** чоловіки переважали незначно - 59 випадків (51,3%), тоді як кількість жінок становила 56 випадків (48,7%). Таким чином, суттєвих гендерних відмінностей у структурі летальності не встановлено.

Одним із ключових факторів, що впливав на розвиток несприятливих наслідків, залишалося несвоєчасне звернення за медичною допомогою. Серед померлих від COVID-19 та грипу 12 осіб (6%) звернулися до закладів охорони здоров'я лише після десятого дня від початку захворювання. Тобто частина пацієнтів потрапляла до стаціонару вже на стадії розвитку тяжких ускладнень та дихальної недостатності. Це свідчить про необхідність посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення щодо важливості раннього звернення за медичною допомогою.

Визначальним чинником розвитку летальних наслідків залишалася наявність супутньої патології. Серед померлих від грипу у 33 осіб (38,4%) було зареєстровано поєднання двох і більше хронічних захворювань. Найчастіше реєструвалися серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання легень та ожиріння. Серед померлих із COVID-19 супутня патологія була зареєстрована у переважної більшості випадків. Найчастіше виявлялися серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання легень, захворювання печінки та неврологічні порушення. Наявність коморбідних станів суттєво підвищувала ризик розвитку тяжких ускладнень та летального наслідку.

Найчастішим ускладненням як при грипі, так і при COVID-19 була пневмонія. Серед померлих від грипу пневмонію зареєстровано у 71 особи (91%), а серед померлих із COVID-19 - у 112 осіб (97,4%). Медична допомога у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії надавалася 67 померлим від грипу (85,9%) та 87 померлим із COVID-19 (75,7%). Висока частка пацієнтів, які потребували інтенсивної терапії, свідчить про тяжкий перебіг захворювань та значне навантаження на стаціонарну ланку системи охорони здоров'я під час сезонного підйому захворюваності.

Важливим епідеміологічним спостереженням залишається відсутність профілактичної вакцинації серед померлих. Жоден із померлих від грипу не був

вакцинований проти грипу в поточному епідемічному сезоні. Також серед померлих із COVID-19 не зареєстровано осіб, які отримували бустерну дозу вакцини протягом останніх 12 місяців. Отримані дані вкотре підтверджують важливу роль специфічної профілактики у запобіганні тяжким формам захворювання та летальним наслідкам серед груп медичного ризику.

Порівняно з попереднім епідемічним сезоном, у 2025-2026 роках зберігалися основні фактори ризику розвитку летальних наслідків, зокрема старший вік, наявність супутніх захворювань, розвиток пневмонії, пізні звернення за медичною допомогою та відсутність профілактичної вакцинації. Водночас особливістю сезону стало збереження циркуляції SARS-CoV-2 на початку епідемічного сезону з подальшим зростанням ролі вірусів грипу у формуванні тяжких випадків захворювання та летальності в зимово-весняний період.

Таким чином, результати епідеміологічного аналізу свідчать, що найбільш уразливими до розвитку тяжкого перебігу респіраторних інфекцій залишалися особи старших вікових груп, пацієнти із супутньою патологією, вагітні жінки та особи, не охоплені профілактичною вакцинацією. Отримані дані підтверджують необхідність подальшого посилення епідеміологічного нагляду, підвищення охоплення щепленнями проти грипу та COVID-19 серед груп ризику, удосконалення маршрутів пацієнтів із тяжким перебігом захворювання та забезпечення своєчасного доступу населення до медичної допомоги.

Окрім вірусів грипу та SARS-CoV-2, у сезоні 2025-2026 років зареєстровано поодинокі летальні випадки, асоційовані з іншими респіраторними вірусами. За результатами лабораторних досліджень серед померлих осіб виявлено 2 випадки аденовірусної інфекції, 3 випадки метапневмовірусної інфекції та 1 випадок RSV-інфекції.

Дані епідеміологічного розслідування при аденовірусній інфекції не свідчили про наявність основних хронічних захворювань, які традиційно розглядаються як фактори ризику тяжкого перебігу респіраторних інфекцій.

Летальні випадки, пов'язані з метапневмовірусною інфекцією в одному випадку захворювання супроводжувалося пневмонією та потребувало лікування у відділенні інтенсивної терапії. У померлого дорослого пацієнта додатково був зареєстрований цукровий діабет, який міг вплинути на тяжкість перебігу інфекції. Випадок у дитини характеризувався наявністю ожиріння.

Респіраторно-синцитіальна інфекція була виявлена в одному летальному випадку у хлопчика віком 2 роки. Захворювання супроводжувалося розвитком пневмонії та потребувало лікування у відділенні інтенсивної терапії. Даних щодо наявності супутньої патології не зареєстровано.

Загалом аналіз свідчить, що летальні випадки, пов'язані з аденовірусною, метапневмовірусною та RSV-інфекцією, мали спорадичний характер і становили лише 3% (6 випадків) від загальної кількості зареєстрованих летальних випадків у рутинному та дозорному епіднагляді. Водночас усі випадки характеризувалися тяжким клінічним перебігом, а у 5 із 6 випадків (83,3%) була зареєстрована пневмонія та надавалася допомога у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Половина випадків (3 із 6) зареєстрована серед дітей віком до 18 років,

що підтверджує відому епідеміологічну особливість RSV та метапневмовірусної інфекцій - підвищений ризик тяжкого перебігу серед дітей раннього віку.

Отримані результати свідчать, що хоча внесок аденовірусів, метапневмовірусу та RSV у загальну структуру летальності був незначним, ці збудники можуть бути причиною тяжких та летальних форм гострих респіраторних інфекцій, особливо серед дітей та осіб із супутніми факторами ризику. Це підкреслює важливість збереження лабораторного тестування на широкий спектр респіраторних вірусів у рамках епідеміологічного нагляду.

4. Дозорний епідеміологічний нагляд

Дозорний епідеміологічний нагляд за грипом та ГРВІ (ДЕН) здійснюють у 12-ти регіонах України відповідно до географічного розподілу (північ - Київ, Суми та Чернігів, схід - Дніпро та Харків, південь - Запоріжжя та Одеса, захід - Львів, Рівне та Чернівці, центр - Кропивницький та Вінниця).

Дозорний епідеміологічний нагляд за грипоподібними захворюваннями (ГПЗ) забезпечують 15 закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Всього в дозорний епідеміологічний нагляд за ГПЗ залучені 45 лікарів, які протягом року надають агреговані дані про кількість населення, що ними обслуговується, кількість пацієнтів, клінічний стан яких відповідає визначенню випадку ГПЗ, та кількість пацієнтів із ГПЗ, у яких було відібрано матеріал для лабораторних досліджень.

Відповідно до стратегії вибірки пацієнтів для лабораторного дослідження, кожен лікар, залучений до проведення дозорного нагляду за ГПЗ, забезпечує відбір зразків протягом одного тижня від перших трьох пацієнтів, клінічний стан яких відповідає визначенню випадку ГПЗ.

Дозорний епідеміологічний нагляд за тяжкою гострою респіраторною інфекцією (ТГРІ) здійснюють 19 ЗОЗ, які визначені Міністерством охорони здоров'я України з числа таких, що надають вторинну та третинну (госпітальну) медичну допомогу (дозорні лікарні) в 12 містах: Вінниці (2 заклади), Дніпро (1), Запоріжжі (1), Кропивницькому (2), Києві (2), Львові (1), Одесі (1), Рівне (2), Сумах (2), Харкові (1), Чернівцях (2) та Чернігові (2).

Дозорні лікарні протягом року надають агреговані дані про кількість госпіталізованих від всіх причин, кількість пацієнтів, клінічний стан яких відповідає визначенню випадку ТГРІ, кількість пацієнтів із ТГРІ, у яких було відібрано матеріал для лабораторних досліджень та кількість летальних випадків.

Відповідно до стратегії вибірки пацієнтів для лабораторного дослідження, кожна дозорна лікарня забезпечує відбір зразків не більш ніж 5 пацієнтів із ТГРІ протягом одного тижня.

4.1 Дозорний епідеміологічний нагляд за ГПЗ

В епідемічному сезоні 2025-2026 років в Україні спостерігалася одночасна циркуляція вірусів грипу та інших респіраторних вірусів, що відповідало загальним тенденціям Європейського регіону. Поряд із вірусами грипу значний

внесок у формування захворюваності населення здійснювали SARS-CoV-2, RSV, аденовіруси, метапневмовіруси та інші респіраторні патогени.

В сезон 2025-2026 років зареєстровано 5 628 пацієнтів, клінічний стан яких відповідав визначенню ГПЗ, що порівняно з минулим епідемічним сезоном більше на 6%. Протягом епідемічного сезону медична допомога надавалася дорослим – 2 869 (51%), із них 1 699 (59,2%) – вікової групи 30-64 роки.

Серед пацієнтів із ГПЗ 2 759 дітей до 17 років (49%). Найбільша кількість випадків ГПЗ зареєстрована серед дітей віком 5-14 років – 1 484 випадки (26,4% від усіх зареєстрованих випадків). Незважаючи на майже однакову кількість випадків серед дітей та дорослих, інтенсивний показник захворюваності серед дітей був значно вищим і становив 20 625,9 на 100 тис. населення, тоді як серед дорослих – 6 171,6 на 100 тис. населення. Таким чином, рівень захворюваності серед дитячого населення був майже втричі вищим, ніж серед дорослих, що свідчить про активне залучення дітей до епідемічного процесу.

Станом на 20 тиждень 2026 року під наглядом дозорної мережі перебувало 59 864 особи, що є достатньою вибіркою для оцінки тенденцій циркуляції респіраторних вірусів. Із них: дитяче населення – 13 377 осіб (22,3%); доросле населення – 46 487 осіб (77,7%). Це свідчить, що навіть за меншої чисельності дітей у популяції під наглядом, саме вони формували майже половину всіх випадків ГПЗ.

З-поміж 5 628 пацієнтів із ГПЗ для тестування методом ПЛР відібрано 2 212 клінічних зразків матеріалів, що становило 39,3% від загальної кількості зареєстрованих випадків та забезпечило достатню репрезентативність даних для оцінки етіологічної структури респіраторних інфекцій та моніторингу циркуляції вірусів грипу й інших респіраторних патогенів. За результатами досліджень позитивні результати отримано у 1 040 випадках, або 47% від усіх досліджених зразків, що є на рівні минулого епідемічного сезону (табл. 2).

Таблиця 2. Результати досліджень зразків матеріалів, відібраних від пацієнтів із ГПЗ, 40-20 тижні сезонів 2025-2026 та 2024-2025

| Показники | ГПЗ, 40 - 20 тижні сезонів | | | |
|---|----------------------------|----------------|-----------|----------------|
| | 2025-2026 | | 2024-2025 | |
| | абс | Питома вага, % | абс | Питома вага, % |
| Кількість випадків | 5 628 | | 5309 | |
| Інтенсивний показник на 100 тис. нас. | 9 401,3 | | 8682,9 | |
| Досліджено зразків матеріалу | 2 212 | 39,3 | 2286 | 43,1 |
| Всього позитивних зразків | 1 040 | 47,0 | 1021 | 44,7 |
| Кількість вірусів грипу, із них: | 424 | 40,8 | 550 | 53,9 |
| А, в тому числі | 424 | 100,0 | 215 | 39,1 |
| - А(Н1)рdm09 | 1 | 0,2 | 126 | 58,6 |
| - А(Н3) | 177 | 41,8 | 44 | 20,5 |
| - А не субтипований | 246 | 58,0 | 45 | 20,9 |
| В | 0 | 0 | 332 | 60,4 |
| Інший грип | 0 | 0 | 3 | 0,5 |
| Інші віруси респіраторної групи інфекцій, із них: | 616 | 59,2 | 472 | 46,2 |
| - Парагрип | 52 | 8,4 | 57 | 12,1 |

| | | | | |
|---|-----|------|-----|------|
| - Аденовіруси | 42 | 6,8 | 74 | 15,7 |
| - РС-віруси | 119 | 19,3 | 66 | 14,0 |
| - Риновіруси | 176 | 28,6 | 140 | 29,7 |
| - Бокавіруси | 10 | 1,6 | 7 | 1,5 |
| - Коронавіруси типів OC-43, E-229, NL-63, HKU-I | 27 | 4,4 | 30 | 6,4 |
| - Метапневмовіруси | 97 | 15,8 | 33 | 6,9 |
| - SARS-CoV-2 | 44 | 7,1 | 32 | 6,8 |
| - Інші респіраторні збудники | 49 | 8,0 | 33 | 6,9 |

Протягом епідемічного сезону в рамках дозорного епіднагляду проаналізовано 2 212 випадків ГПЗ серед пацієнтів від яких було відібрано та досліджено клінічні зразки матеріалів на наявність респіраторних патогенів. Більшість досліджених випадків припадала на доросле населення – 1 352 (61,1%), при цьому найбільшу частку серед дорослих становили особи віком 30-64 роки – 943 (69,7%) випадки, що доводить активне залучення до епідемічного процесу осіб працездатного віку, які є найбільш мобільною частиною населення та мають високий рівень соціальних контактів.

Серед дітей віком до 17 років лабораторному дослідженню підлягали 860 випадків (38,9%). Переважну більшість становили діти шкільного віку – 512 (59,5%), що, ймовірно, пов'язано з інтенсивною передачею респіраторних інфекцій в організованих дитячих колективах та високою контактністю цієї вікової групи.

У гендерній структурі досліджених випадків переважали жінки – 1273 (57,5%), тоді як чоловіки становили 939 випадків (42,5%). Такий розподіл може бути пов'язаний як з особливостями звернення за медичною допомогою, так і з віковою та професійною структурою населення, охопленого дозорним епіднаглядом.

Аналіз структури пацієнтів із ГПЗ свідчить про значну частку осіб із супутньою патологією, що потенційно підвищує ризик розвитку тяжких форм респіраторних інфекцій та ускладнень. Найпоширенішим супутнім захворюванням серед обстежених була ішемічна хвороба серця, що зареєстрована у 349 осіб (15,8%). Наявність серцево-судинної патології є одним із провідних факторів ризику госпіталізації та несприятливого перебігу грипу, COVID-19 та інших гострих респіраторних інфекцій.

Серед пацієнтів також зареєстровано 59 осіб (2,7%) із цукровим діабетом та 52 особи (2,4%) з ожирінням. Враховуючи доведений вплив метаболічних порушень на перебіг респіраторних інфекцій, наявність таких пацієнтів у структурі ГПЗ потребує особливої уваги під час проведення клінічного моніторингу та профілактичних заходів.

Особливої уваги заслуговують вагітні, які належать до груп підвищеного ризику розвитку тяжких форм грипу та інших респіраторних інфекцій. Протягом сезону серед пацієнтів із ГПЗ зареєстровано чотири вагітні. При цьому лише одна вагітна була вакцинована проти грипу. Захворювання у неї перебігало без розвитку тяжких ускладнень, що додатково підтверджує ефективність профілактичної імунізації для захисту осіб із груп медичного ризику. Крім того, у двох вагітних теж підтверджено етіологію захворювання: в одному випадку

визначено фрагменти РНК вірусу грипу типу А не субтипований, в іншому – *Mycoplasma pneumoniae*.

Важливим фактором, що впливає на ризик інфікування та тяжкість перебігу респіраторних інфекцій, залишається наявність специфічного імунного захисту. Аналіз даних дозорного епіднагляду свідчить про вкрай низьке охоплення профілактичною вакцинацією серед пацієнтів із грипopodobними захворюваннями. Із 2 212 осіб, клінічний стан яких відповідав визначенню випадку ГПЗ, лише 5 осіб (0,2%) були вакциновані проти грипу в поточному епідемічному сезоні. При цьому у двох із них за результатами лабораторних досліджень були визначені фрагменти РНК вірусів грипу типу А не субтипований, однак перебіг захворювання не супроводжувався розвитком тяжких ускладнень.

Аналогічна ситуація спостерігалася щодо вакцинації проти COVID-19. Лише 4 особи (0,2%) отримували профілактичне щеплення протягом останніх 12 місяців до моменту захворювання. У одного з вакцинованих пацієнтів лабораторно підтверджено інфікування SARS-CoV-2, проте захворювання перебігало без розвитку тяжких клінічних проявів.

Отримані дані свідчать про вкрай низький рівень охоплення профілактичними щепленнями серед осіб, які зверталися за медичною допомогою з приводу ГПЗ. Водночас відсутність тяжких ускладнень серед вакцинованих пацієнтів підтверджує важливу роль специфічної профілактики у зниженні ризику тяжкого перебігу захворювання, госпіталізації та розвитку несприятливих наслідків, особливо серед осіб із груп медичного ризику.

Охоплення лабораторним тестуванням суттєво відрізнялося між дозорними сайтами. Найвищий рівень відбору клінічних зразків відзначався у Сумах (82,0%), Чернівцях (71,1%) та Дніпрі (68,2%), що свідчить про активне використання лабораторної складової епідеміологічного нагляду. Водночас у Кропивницькому для дослідження було відібрано лише 6 зразків із 173 зареєстрованих випадків ГПЗ (3,5%), що істотно обмежує можливості оцінки етіологічної структури захворюваності в даному регіоні.

Аналіз результатів лабораторного тестування клінічних зразків матеріалів від пацієнтів із ГПЗ показав суттєві міжрегіональні відмінності у частці позитивних знахідок респіраторних патогенів.

Найвищі показники лабораторного підтвердження випадків зареєстровані в дозорних закладах первинної медичної допомоги міст Суми (66,1%), Харків (59,4%) та Чернігів (58,4%). Водночас найнижчі рівні позитивних результатів відзначалися у Вінниці (32,8%), Рівне (33%), Дніпро (33,9%) (рис. 4).

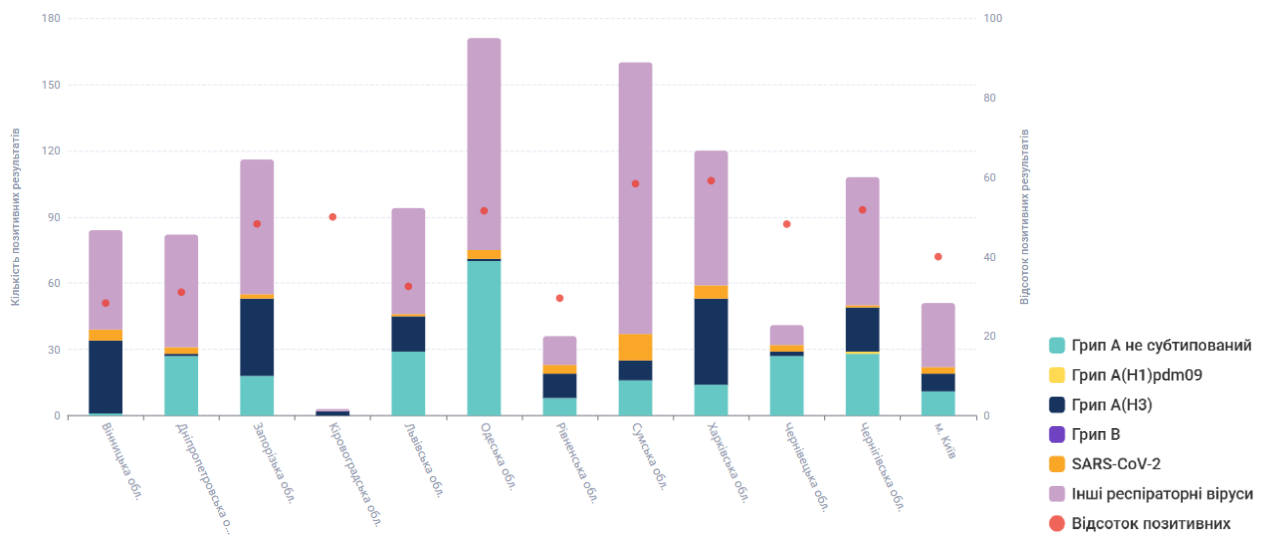


Рисунок 4. Результати обстеження осіб із ГПЗ і частка отриманих позитивних результатів на грип та ГРВІ з початку епідемічного сезону 2025-2026 (станом на 20 тиждень 2026 року)

Особливу увагу привертають результати окремих дозорних сайтів. Так, у Сумах поєднувалися найвищий рівень охоплення лабораторними дослідженнями (82,0%) та одна з найвищих часток позитивних результатів (66,1%), що свідчить про високу ефективність функціонування дозорного нагляду, належну якість відбору пацієнтів для тестування та ефективно використання визначення випадку ГПЗ як інструменту епідеміологічного нагляду. Натомість у Дніпрі при високому охопленні тестуванням (68,2%) частка позитивних результатів становила лише 33,9%, що може потребувати додаткового аналізу критеріїв відбору випадків для лабораторного дослідження.

Різниця у 2 рази між найвищим та найнижчим рівнями лабораторного підтвердження випадків ГПЗ свідчить про необхідність подальшої стандартизації підходів до відбору пацієнтів для тестування та посилення контролю за дотриманням вимог преаналітичного етапу лабораторних досліджень у межах дозорного епіднагляду.

Виявлені відмінності можуть свідчити як про регіональні особливості циркуляції респіраторних патогенів та інтенсивності епідемічного процесу, так і про різницю у практичному застосуванні визначення випадку ГПЗ, своєчасності відбору клінічних зразків, а також дотриманні вимог щодо їх транспортування та лабораторного дослідження.

4.2 Дозорний епіднагляд за ТГРІ

Протягом епідемічного сезону 2025-2026 років у закладах охорони здоров'я, визначених для проведення дозорного епіднагляду, госпіталізовано 161 743 пацієнти з усіх причин. Із них у 6 059 (3,7%) осіб клінічний стан відповідав визначенню тяжкої гострої респіраторної інфекції (ТГРІ). Порівняно з попереднім сезоном кількість випадків ТГРІ залишалася практично на одному

рівні (5 996 випадків, відсоток госпіталізації 3,3%), що свідчить про стабільне навантаження респіраторних інфекцій на стаціонарну ланку охорони здоров'я.

Для лабораторного підтвердження етіології захворювання відібрано клінічні зразки матеріалів від 2 282 пацієнтів із ТГРІ, що становило 37,7% від загальної кількості випадків. За результатами аналізу встановлено переважання чоловіків – 1 298 (56,9%) осіб, тоді як жінки становили 984 (43,1%). Такий розподіл узгоджується зі світовими спостереженнями щодо більшої схильності чоловіків до розвитку тяжких форм респіраторних інфекцій.

Протягом епідемічного сезону серед пацієнтів із ТГРІ зареєстровано 20 летальних випадків, у тому числі два випадки серед дітей віком 3 та 6 років. Решта померлих належала до старших вікових груп, переважно осіб віком понад 55 років. У 18 (90%) випадках перебіг захворювання супроводжувався розвитком тяжкої пневмонії, пацієнти отримували медичну допомогу у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії та потребували респіраторної підтримки.

За результатами ПЛР-досліджень серед померлих визначено фрагменти РНК вірусів грипу А(Н3) – у 6 випадках, грипу А не субтипованого – у 5 випадках, SARS-CoV-2 – у 8 випадках та метапневмовірусу – в 1 випадку. Отримані результати підтверджують, що тяжкі та летальні випадки в сезоні 2025-2026 років формувалися не лише за рахунок грипу та COVID-19, а й інших респіраторних патогенів, що свідчить про мультиетіологічний характер тяжких гострих респіраторних інфекцій.

Важливим фактором ризику тяжкого перебігу захворювання залишалася наявність супутньої патології. Серед пацієнтів із ТГРІ ішемічна хвороба серця зареєстрована у 395 (17,3%) осіб, хронічні захворювання легень – у 98 (4,3%), цукровий діабет – у 88 (3,9%), ожиріння – у 44 (1,9%) випадках. У 55 (2,4%) пацієнтів одночасно були наявні ішемічна хвороба серця та цукровий діабет. Крім того, зареєстровано 18 (0,8%) вагітних жінок. Отримані дані підтверджують, що серед госпіталізованих пацієнтів із ТГРІ значну частку становили особи із груп медичного ризику, для яких респіраторні інфекції мають вищу ймовірність тяжкого перебігу та розвитку ускладнень.

Пневмонія залишалася основним ускладненням тяжких респіраторних інфекцій. Її розвиток зареєстровано у 1 508 (66,1%) пацієнтів із ТГРІ, з них 158 осіб потребували лікування у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Це свідчить про значне навантаження на стаціонарну ланку охорони здоров'я та необхідність забезпечення готовності закладів охорони здоров'я до надання допомоги пацієнтам із тяжким перебігом респіраторних інфекцій.

Особливу увагу привертає надзвичайно низьке охоплення вакцинацією серед пацієнтів із ТГРІ. Щеплення проти сезонного грипу мали лише 7 осіб (0,3%), із них у одного пацієнта лабораторно підтверджено грип А.

Вакцинацію проти COVID-19 протягом останніх 12 місяців отримали лише 3 особи (0,1%), лабораторного підтвердження SARS-CoV-2 серед них не зареєстровано, із них в одному випадку у 6-річної дитини визначено RS-віруси.

Водночас серед вакцинованих пацієнтів не було зафіксовано летальних випадків, що відповідає сучасним даним щодо здатності вакцинації суттєво знижувати ризик тяжкого перебігу захворювання, госпіталізації та смерті.

Отримані результати свідчать, що основними факторами ризику несприятливого перебігу ТГРІ у сезоні 2025-2026 років залишалися старший вік, наявність супутніх хронічних захворювань, розвиток пневмонії та відсутність профілактичної вакцинації проти грипу та COVID-19.

Результати лабораторного моніторингу пацієнтів із ТГРІ дозволили оцінити зміни етіологічної структури тяжких респіраторних інфекцій порівняно з попереднім епідемічним сезоном. Узагальнені дані щодо кількості досліджених клінічних зразків та спектра виявлених респіраторних патогенів за період з 40-го по 20-й тиждень сезонів 2025-2026 та 2024-2025 років наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Результати досліджень зразків матеріалів відібраних від пацієнтів із ТГРІ, 40 - 20 тижні сезонів 2025-2025 та 2024-2025

| Показники | ТГРІ, 40 - 20 тижні сезонів | | | |
|---|-----------------------------|----------------|-----------|----------------|
| | 2025-2026 | | 2024-2025 | |
| | абс | Питома вага, % | абс | Питома вага, % |
| Всього випадків ТГРІ | 6 059 | | 5 996 | |
| Досліджено зразків матеріалів | 2 282 | 37,7 | 2 246 | 37,5 |
| Всього позитивних зразків | 1 300 | 57,0 | 1 175 | 52,3 |
| Кількість вірусів грипу, із них: | 498 | 38,3 | 595 | 50,6 |
| А, в тому числі | 497 | 99,8 | 261 | 43,9 |
| - А(Н1)рdm09 | 3 | 0,6 | 151 | 57,8 |
| - А(Н3) | 228 | 45,9 | 54 | 20,7 |
| - А не субтипований | 266 | 53,5 | 56 | 21,5 |
| В | 1 | 0,2 | 332 | 55,8 |
| Інший грип | 0 | 0 | 2 | 0,3 |
| Інші віруси респіраторної групи інфекцій, із них: | 802 | 61,7 | 581 | 49,4 |
| - Парагрип | 56 | 7,0 | 48 | 8,3 |
| - Аденовіруси | 180 | 22,4 | 174 | 29,9 |
| - РС-віруси | 133 | 16,6 | 114 | 19,6 |
| - Риновіруси | 150 | 18,7 | 134 | 23,1 |
| - Бокавіруси | 11 | 1,4 | 4 | 0,7 |
| - Коронавіруси типів OC-43, E-229, NL-63, HKU-I | 5 | 0,6 | 9 | 1,6 |
| - Метапневмовіруси | 94 | 11,7 | 41 | 7,0 |
| - SARS-CoV-2 | 98 | 12,2 | 42 | 7,2 |
| - Інші респіраторні збудники | 75 | 9,4 | 15 | 2,6 |

Серед визначених 498 вірусів грипу практично всі належали до типу А - 497 (99,8%). На відміну від попереднього сезону, коли вірус грипу В становив понад половину всіх виявлених вірусів грипу – 55,8%, у сезоні 2025-2026 років зареєстровано лише один такий випадок.

Порівняно з попереднім сезоном також відзначалося зростання кількості випадків COVID-19 серед пацієнтів із ТГРІ. Вірус SARS-CoV-2 був визначений у 98 випадках проти 42 випадків у сезоні 2024-2025 років, а його частка серед усіх негрипозних респіраторних патогенів збільшилася з 7,2% до 12,2%. Це

свідчить про збереження епідеміологічного значення SARS-CoV-2 у формуванні тяжких респіраторних інфекцій навіть після завершення пандемічного періоду.

За результатами лабораторних досліджень клінічних зразків матеріалів від пацієнтів із ТГРІ частка позитивних результатів на віруси респіраторної групи інфекцій суттєво відрізнялася між дозорними закладами охорони здоров'я.

Найвищий рівень позитивності зареєстровано у Чернігові (75,5%), Харкові (66,7%), Сумах (67,6%), Києві (67,2%), та Запоріжжі (62,6%). Такі показники свідчать про високу ймовірність виявлення респіраторних патогенів серед пацієнтів, які відповідали визначенню випадку ТГРІ, та можуть розглядатися як індикатор ефективного відбору пацієнтів для лабораторного тестування.

Особливу увагу привертає ситуація у Дніпрі, де спостерігалися найнижчі показники позитивності. Лабораторне тестування проведено всім пацієнтам із ТГРІ, однак позитивні результати отримано лише у 26,9% випадків. Це може свідчити про ширше застосування визначення випадку ТГРІ або про вплив інших чинників, пов'язаних із термінами відбору матеріалу та особливостями лабораторної діагностики.

Водночас у Чернігові та Харкові спостерігалось поєднання високого охоплення лабораторним тестуванням (80,9% та 81,5% відповідно) і високої частки позитивних результатів (75,5% та 66,7%), що свідчить про високу ефективність функціонування дозорного епіднагляду та якісне застосування критеріїв відбору випадків ТГРІ для лабораторного дослідження (рис. 5).

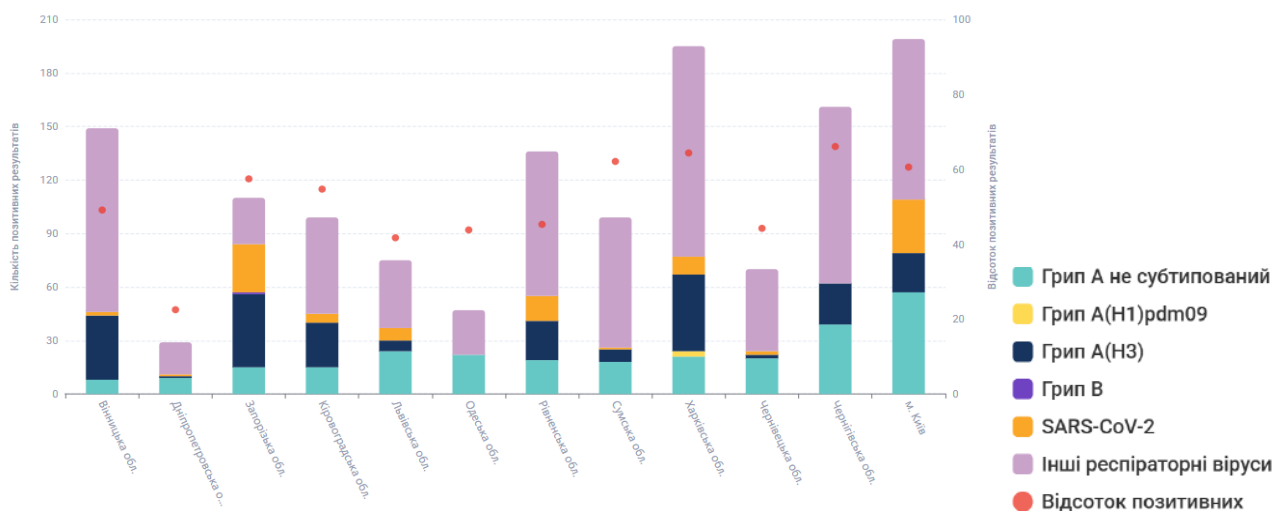


Рисунок 5. Результати обстеження осіб із ТГРІ і частка отриманих позитивних результатів на грип та ГРВІ з початку епідемічного сезону 2025-2026 (станом на 20 тиждень 2026 року)

Загалом по Україні за результатами ПЛР-досліджень підтверджено 58,1% досліджених випадків, що свідчить про достатню ефективність застосування визначення випадку ТГРІ при відборі пацієнтів для лабораторного обстеження.

Виявлені відмінності можуть відображати як регіональні особливості інтенсивності циркуляції респіраторних патогенів, так і відмінності у практичному застосуванні визначення випадку ТГРІ, своєчасності відбору клінічних зразків та дотриманні вимог преаналітичного етапу лабораторних досліджень.

5. Вірусологічний моніторинг циркуляції вірусів грипу та ГРВІ

Протягом епідемічного сезону 2025-2026 з метою субтипуювання і ретестування із закладів громадського здоров'я України, що займаються дозорним та рутинним епіднаглядом за грипом, до ВРЛ Центру надійшло 1 484 зразки, а саме: із Вінницької (110), Волинської (73), Дніпропетровської (119), Житомирської (120), Закарпатської (38), Запорізької (53), Івано-Франківської (20), Київської (114), Кіровоградської (25), Львівської (43), Миколаївської (25), Одеської (37), Полтавської (40), Рівненської (86), Сумської (81), Тернопільської (24), Харківської (79), Херсонської (47), Хмельницької (36), Черкаської (37), Чернівецької (52), Чернігівської (45) областей та м. Київ (180). З них попередньо підтверджені як віруси грипу типу А – 823, як віруси грипу типу В – 1 (Запорізька область), суміші – 39, інші респіраторні віруси – 532, негативні зразки – 88.

За результатами лабораторних досліджень методом ПЛР підтверджено 1 435 зразків (96,7%): 250 (17,4%) — віруси грипу типу А(Н1рdm09); 573 (39,9%) — віруси грипу типу А(Н3); 1 (0,07%) – віруси грипу типу В (Victoria); 532 (37,1%) – інші респіраторні віруси; 39 (2,7%) - суміші вірусів грипу та інших респіраторних вірусів; 39 (2,7%) – негативні зразки; лишився нетипованим лише 1 зразок.

У чутливих культурах клітин було ізолювано 144 штами вірусів грипу, які надійшли з чотирьох областей та м. Київ. Серед них:

- віруси грипу типу А(Н1N1)рdm09 — 29 штамів (Житомирська область — 1, Запорізька — 3, Рівненська — 3, Хмельницька — 6, м. Київ — 16);

- віруси грипу типу А(Н3) — 115 штамів (Житомирська область — 1, Запорізька — 8, Рівненська — 3, м. Київ — 102).

За допомогою ПЛР у ВРЛ Центру було деталізовано спектр інших респіраторних вірусів, де виявлено: респіраторно-синцитіальний вірус (RSV) — 210; аденовірус (AdV) — 165; метапневмовірус (MPV) — 47; віруси парагрипу (PIV) — 26; риновірус (HRV) — 55; SARS-CoV-2 — 1

Під час дослідження зразків носоглоткових змивів від хворих на ГРВІ було встановлено 30 випадків мікс-інфекцій (одночасної присутності двох або більше респіраторних патогенів). У переважній більшості випадків — 86,7% (26 зразків) — спостерігалось поєднання двох вірусів (подвійні суміші), а у 13,3% (4 зразки) зафіксовано присутність трьох патогенів. Головним домінуючим компонентом у структури мікс-інфекцій виявився риновірус (Rhinovirus), який зустрічався у 10 з 30 виявлених сумішей (33,3%). Також вагому частку в ко-інфекціях становили бокавірус (Bocavirus) — 6 випадків (20,0%) та аденовірус (Adenovirus) — 6 випадків (20,0%) (див. табл. 4-6).

Таблиця 4. Результати дослідження зразків вірусів грипу методом ПЛР

| Назва ЦКПХ | Грип А несубтипований | A (H1pdm09) | A (H3) | B (Victoria) | A (H1pdm09) +SARS | A (H1pdm09) +AdV | A (H1pdm09) +A (H3) | A (H3) ++SARS | A (H3) +RSV | A (H3) +AdV |
|-------------------|--------------------------|-------------|------------|--------------|----------------------|---------------------|------------------------|------------------|----------------|----------------|
| Вінницький | 0 | 11 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Волинський | 0 | 11 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Дніпропетровський | 0 | 25 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Житомирський | 0 | 22 | 49 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Закарпатський | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Запорізький | 0 | 5 | 20 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ів.-Франківський | 0 | 4 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Київський міський | 1 | 30 | 121 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Київський | 0 | 21 | 41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Кіровоградський | 0 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Львівський | 0 | 10 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Миколаївський | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Одеський | 0 | 5 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Полтавський | 0 | 12 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Рівненський | 0 | 11 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сумський | 0 | 4 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Тернопільський | 0 | 14 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Харківський | 0 | 5 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Херсонський | 0 | 9 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хмельницький | 0 | 14 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Черкаський | 0 | 2 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернівецький | 0 | 21 | 22 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Чернігівський | 0 | 2 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Всього | 1 | 250 | 573 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |

Таблиця 5. Результати дослідження зразків вірусів негрипозної етіології методом ПЛР

| Назва ЦКПХ | RSV | AdV | PIV | MPV | HRV | SARS-CoV-2 | CoV NL63 | CoV229E | CoVOC43 | EV | HBov | Mycoplasma pneumoniae |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|----------|---------|---------|----|------|-----------------------|
| Вінницький | 20 | 19 | 8 | 2 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Волинський | 7 | 17 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Дніпропетровський | 40 | 9 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Житомирський | 8 | 18 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Закарпатський | 1 | 19 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Запорізький | 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ів.-Франківський | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Київський міський | 11 | 5 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Київський | 6 | 4 | 2 | 10 | 11 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Кіровоградський | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Львівський | 0 | 8 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Миколаївський | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Одеський | 22 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Полтавський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Рівненський | 5 | 25 | 1 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сумський | 7 | 9 | 4 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Тернопільський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Харківський | 12 | 2 | 3 | 11 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| Херсонський | 21 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хмельницький | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Черкаський | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернівецький | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернігівський | 11 | 2 | 5 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Всього | 210 | 165 | 26 | 47 | 55 | 1 | 5 | 9 | 4 | 4 | 3 | 3 |

Таблиця 6. Результати дослідження зразків із сумішшю вірусів методом ПЛР

| Назва ЦКПХ | AdV + PIV | AdV+HRV | HBov + HRV | HRV + OC 43 | HRV + HBov + MPV | HRV + RSV | HRV + EV | MPV + HBov | MPV + HRV | MPV+PIV | MPV+PIV + HBov | MPV+PIV + HBov + HRV | PIV + HRV | PIV + HBov+ HRV | RSV+AdV |
|-------------------|-----------|---------|------------|-------------|------------------|-----------|----------|------------|-----------|---------|----------------|----------------------|-----------|-----------------|---------|
| Вінницький | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Волинський | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Дніпропетровський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Житомирський | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Закарпатський | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Запорізький | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ів.-Франківський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Київський міський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Київський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Кіровоградський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Львівський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Миколаївський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Одеський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Полтавський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Рівненський | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сумський | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Тернопільський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Харківський | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Херсонський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хмельницький | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Черкаський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернівецький | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернігівський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Всього | 3 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |

У січні 2026 року для подальшого дослідження до референс-лабораторії ВООЗ (м. Лондон, Велика Британія) надіслано 29 зразків, узятих на початку епідемічного сезону.

Крім того, ВРЛ здійснювала зовнішній контроль якості лабораторної діагностики грипу з використанням методу ПЛР. У міжлабораторних порівняльних дослідженнях взяли участь усі вірусологічні лабораторії (див. табл. 7).

Таблиця 7. Міжлабораторні порівняльні дослідження

| Назва ЦКПХ | Надіслано зразків | Всього зразків протестовано | Носоглоткові змиви | Ізоляти вірусу | Підтверджено (н/гл) | Підтверджено (ізоляти) | Не підтверджено |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|----------------|---------------------|------------------------|-----------------|
| Вінницький | 110 | 110 | 110 | 0 | 99 | 0 | 11 |
| Волинський | 73 | 73 | 73 | 0 | 73 | 0 | 0 |
| Дніпропетровський | 119 | 119 | 119 | 0 | 118 | 0 | 1 |
| Житомирський | 120 | 120 | 120 | 2 | 115 | 2 | 3 |
| Закарпатський | 38 | 38 | 38 | 0 | 35 | 0 | 3 |
| Запорізький | 53 | 53 | 53 | 11 | 41 | 11 | 1 |
| Івано-Франківський | 20 | 20 | 20 | 0 | 20 | 0 | 0 |
| Київський міський | 180 | 180 | 180 | 118 | 62 | 118 | 0 |
| Київський | 114 | 114 | 114 | 0 | 108 | 0 | 6 |
| Кіровоградський | 25 | 25 | 25 | 0 | 25 | 0 | 0 |
| Львівський | 43 | 43 | 43 | 0 | 40 | 0 | 3 |
| Миколаївський | 25 | 25 | 25 | 0 | 22 | 0 | 3 |
| Одеський | 37 | 37 | 37 | 0 | 37 | 0 | 0 |
| Полтавський | 40 | 40 | 40 | 0 | 39 | 0 | 1 |
| Рівненський | 86 | 86 | 86 | 6 | 78 | 6 | 2 |
| Сумський | 81 | 81 | 81 | 0 | 81 | 0 | 0 |
| Тернопільський | 24 | 24 | 24 | 0 | 23 | 0 | 1 |
| Харківський | 79 | 79 | 79 | 0 | 70 | 0 | 9 |
| Херсонський | 47 | 47 | 47 | 0 | 46 | 0 | 1 |
| Хмельницький | 36 | 36 | 36 | 7 | 27 | 7 | 2 |
| Черкаський | 37 | 37 | 37 | 0 | 37 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-----------|
| Чернівецький | 52 | 52 | 52 | 0 | 51 | 0 | 1 |
| Чернігівський | 45 | 45 | 45 | 0 | 44 | 0 | 1 |
| Всього | 1484 | 1484 | 1484 | 144 | 1291 | 144 | 49 |

У своїй стратегії ВООЗ наголошує на важливості створення інтегрованих і стійких систем секвенування, що охоплюють усі рівні - від місцевого до глобального. Метою цієї стратегії є впровадження геномного нагляду як рутинної практики в системах охорони здоров'я.

Україна продовжує послідовну інтеграцію повногеномного секвенування у національну систему епідеміологічного моніторингу циркуляції вірусів грипу та інших респіраторних патогенів. Генетичне дослідження вірусів, зокрема вірусів грипу, дозволяє своєчасно виявляти зміни в циркулюючих штаммах і забезпечувати обґрунтоване прийняття рішень у сфері громадського здоров'я на національному та глобальному рівнях. Зокрема, ці дані допомагають оновлювати склад сезонних вакцин, оцінювати ризики поширення нових штамів та формувати обґрунтовані прогнози щодо можливих спалахів.

Епідемічний сезон 2025-2026 є третім сезоном, протягом якого у Центрі проводилося повногеномне секвенування збудників грипу типів А і В, а також інших ГРВІ.

Упродовж поточного епідемічного сезону секвеновано 797 зразків, відібраних у пацієнтів з діагнозами грип та інших ГРВІ, які мали позитивний результат при дослідженні методом ПЛР. З них - 482 зразків вірусу грипу, що надійшли ВРЛ Центру з 22 областей, а саме з Вінницької - 27, Волинської - 19, Дніпропетровської - 34, Житомирської - 61, Закарпатської - 2, Запорізької - 22, Івано-Франківської - 7, Київської - 35, Кіровоградської - 7, Львівської - 12, Миколаївської - 13, Одеської - 13, Полтавської - 17, Рівненської - 30, Сумської - 16, Тернопільської - 14, Харківської - 19, Херсонської - 17, Хмельницької - 16, Черкаської - 5, Чернівецької - 23, Чернігівської - 13 та м. Києва - 60 (рис.6).

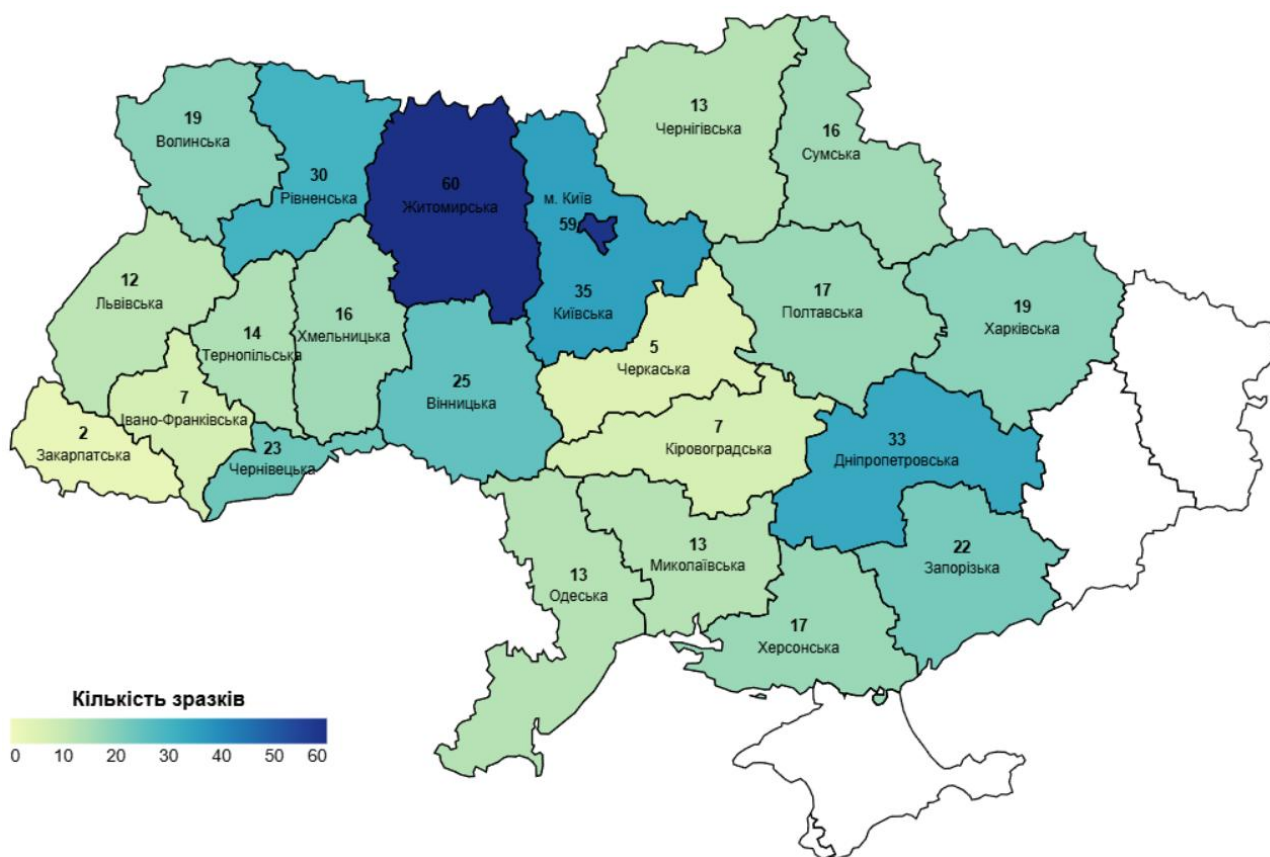


Рисунок 6. Географічний розподіл секвенованих зразків вірусу грипу, отриманих з регіонів України у епідемічному сезоні 2025-2026

Результати щодо секвенування зразків грипозної етіології наведено в табл. 8. Слід зазначити, що найбільша кількість секвенованих зразків від хворих, зареєстрованих у Житомирській (60 зразків), Київській (35 зразків), Дніпропетровській (33 зразки), Рівненській (43) областях та м. Київ (59 зразків).

Таблиця 8. Географічний розподіл секвенованих зразків вірусу грипу за референсами

| Назва ЦКПХ | A/Croatia/10136R V/2023 | A/Missouri/11_cell /2025 | A/Singapore/GP20 238/2024 | A/Victoria/4897/20 22 | B/Austria/1359417 /2021 |
|-------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Вінницький | 12 | 5 | 10 | 0 | 0 |
| Волинський | 5 | 7 | 7 | 0 | 0 |
| Дніпропетровський | 7 | 13 | 14 | 0 | 0 |
| Житомирський | 16 | 18 | 25 | 2 | 0 |
| Закарпатський | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Запорізький | 6 | 4 | 11 | 0 | 1 |
| Ів.-Франківський | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| Київський міський | 10 | 19 | 26 | 5 | 0 |
| Київський | 13 | 9 | 12 | 1 | 0 |
| Кіровоградський | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Львівський | 4 | 3 | 3 | 2 | 0 |
| Миколаївський | 3 | 1 | 9 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|----------------|------------|------------|------------|-----------|----------|
| Одеський | 4 | 2 | 4 | 3 | 0 |
| Полтавський | 3 | 4 | 10 | 0 | 0 |
| Рівненський | 10 | 2 | 11 | 7 | 0 |
| Сумський | 6 | 1 | 8 | 1 | 0 |
| Тернопільський | 1 | 6 | 7 | 0 | 0 |
| Харківський | 5 | 1 | 11 | 2 | 0 |
| Херсонський | 2 | 4 | 11 | 0 | 0 |
| Хмельницький | 1 | 7 | 5 | 3 | 0 |
| Черкаський | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Чернівецький | 4 | 7 | 5 | 7 | 0 |
| Чернігівський | 4 | 2 | 7 | 0 | 0 |
| Всього | 121 | 122 | 198 | 35 | 1 |

Отримані дані свідчать про те, що секвеновані в Україні циркулюючі штами вірусів грипу генетично подібні до референсних штампів, наведених у табл. 9.

Таблиця 9. Розподіл секвенованих зразків вірусу грипу за генетичними кладами та субкладами

| Субтип/лінія | Референс | Клада | Субклада | Кількість |
|--------------|--------------------------|--------------------|----------|-----------|
| H3N2 | A/Singapore/GP20238/2024 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | К | 180 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | К | 67 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.2 | 43 |
| H3N2 | A/Singapore/GP20238/2024 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.2 | 8 |
| H3N2 | A/Singapore/GP20238/2024 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.3 | 8 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | - | 6 |
| H3N2 | A/Singapore/GP20238/2024 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.4 | 4 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.3 | 3 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2 | 2 |
| H3N2 | A/Singapore/GP20238/2024 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2 | 1 |
| H3N2 | A/Croatia/10136RV/2023 | 3C.2a1b.2a.2a.3a.1 | J.2.4 | 1 |
| H1N1 | A/Missouri/11_cell/2025 | 6B.1A.5a.2a.1 | D.3.1.1 | 122 |
| H1N1 | A/Victoria/4897/2022 | 6B.1A.5a.2a.1 | D.3.1.1 | 28 |
| H1N1 | A/Victoria/4897/2022 | 6B.1A.5a.2a.1 | D.3.1 | 4 |
| H1N1 | A/Victoria/4897/2022 | 6B.1A.5a.2a.1 | - | 2 |
| H1N1 | A/Missouri/11_cell/2025 | 6B.1A.5a.2a.1 | D.3.1 | 1 |
| H1N1 | A/Victoria/4897/2022 | 6B.1A.5a.2a.1 | C.1 | 1 |
| B/Victoria | B/Austria/1359417/2021 | V1A.3a.2 | C.3 | 1 |

Також секвеновано 317 зразків, які методом ПЛР визначено як негрипозні респіраторні віруси. Результати щодо секвенування зразків негрипозної етіології наведено в табл. 10.

Таблиця 10. Результати секвенування зразків, ПЛР-ідентифікованих як негрипозні респіраторні віруси

| Назва ЦКПХ | AdV B1 | AdV C2 | AdV E4 | HRV A | HRV C | MPV | PIV 3 | PIV 4 | RSV A | RSV B | Bokovirus | SARS-CoV-2 + A(H1pdm09) | CoV NL63 | CoV229E | CoVOC43 |
|-------------------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|-------------------------|----------|----------|----------|
| Вінницький | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Волинський | 5 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Дніпропетровський | 4 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Житомирський | 2 | 0 | 10 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 6 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 |
| Закарпатський | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Запорізький | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ів.-Франківський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Київський міський | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 2 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Київський | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 6 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Кіровоградський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Львівський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Миколаївський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Одеський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Полтавський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Рівненський | 4 | 1 | 6 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сумський | 2 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Тернопільський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Харківський | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 7 | 1 | 0 | 2 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Херсонський | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хмельницький | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Черкаський | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернівецький | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Чернігівський | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Всього | 37 | 1 | 43 | 5 | 2 | 26 | 10 | 1 | 34 | 138 | 2 | 1 | 1 | 7 | 3 |

Також виявлено такі випадки коінфекцій: 2 AdV B1 + RSV B, MPV + Bokovirus, AdV E4 + PIV 3, AdV E4 + MPV.

Результати секвенування штамів вірусів грипу завантажено до всесвітньої бази даних вірусних геномів GISAID для подальшого епідеміологічного аналізу на глобальному рівні.

Слід зазначити, що рекомендований ВООЗ склад сезонних вакцин проти грипу для північної півкулі на епідемічний сезон 2025-2026 включав наступні штами:

Вакцини, що культивуються на курячих ембріонах:

- вірус, подібний до A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
- вірус, подібний до A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2);
- вірус, подібний до B/Austria/1359417/2021 (лінія B/Victoria).

Вакцини, вирощені в культурі клітин, або рекомбінантні вакцини:

- вірус, подібний до A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09;
- вірус, подібний до A/District of Columbia/27/2023 (H3N2);
- вірус, подібний до B/Austria/1359417/2021 (лінія B/Victoria).

Отже, отримані ВРЛ Центру дані свідчать про те, що секвеновані в Україні циркулюючі штами вірусів грипу генетично подібні до наступних референсних штамів: A/Singapore/GP20238/2024 - 201 зразків, A A/Missouri/11_cell/2025 - 122 зразки, A/Croatia/10136RV/2023 – 121 зразок, A/Victoria/4897/2022 – 35 зразків, B/Austria/1359417/2021 – 1 зразок (рис.7).

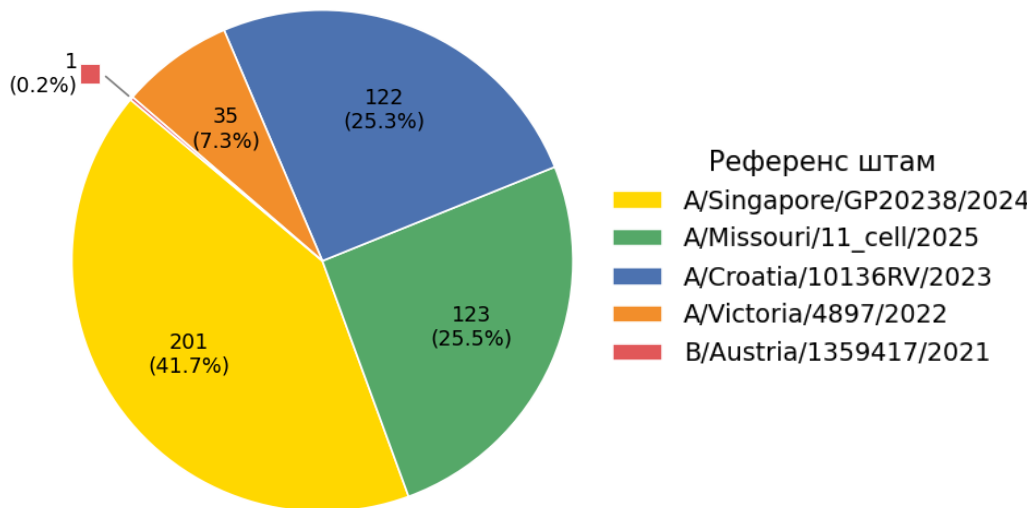


Рисунок 7. Розподіл секвенованих зразків вірусу грипу за генетичною подібністю до референсних штамів.

6. Вакцинація проти грипу

Згідно Наказу ЗОЗ звітують про фактичну кількість осіб груп ризику до 20 серпня звітного року. Протягом сезону всі ЗОЗ подають інформацію про кількість осіб, вакцинованих проти грипу, та з них осіб груп ризику.

Завдяки участі України з 2020 року у Проекті Партнерства з введення вакцин проти грипу (проект PIVI) для цільової групи (медичні працівники) напередодні епідемічного сезону 2025-2026 років було отримано 20 000 доз вакцини проти грипу Джісі Флю, Біофарма Корп., Корея.

6.1 Охоплення щепленнями проти грипу осіб груп ризику

В епідемічному сезоні 2025-2026 років до пріоритетних груп медичного та епідемічного ризику належало близько 8,2 млн осіб, у тому числі медичні працівники, вагітні жінки, діти віком 6-59 місяців, особи віком понад 60 років, особи з хронічними захворюваннями та особи, які перебувають у закладах тривалого догляду. Проте профілактичні щеплення проти грипу отримали лише 44 582 особи, що становило 0,54% від загальної кількості осіб, які потребували першочергового захисту.

Найвищий рівень охоплення вакцинацією зареєстровано серед медичних працівників – 20 375 осіб (8,3% від фактичної чисельності групи ризику). Досягненню цього показника сприяла участь України у міжнародному проекті PIVI, який забезпечував цільову підтримку вакцинації працівників закладів охорони здоров'я. Найнижчий рівень вакцинації традиційно спостерігався серед вагітних жінок – лише 337 осіб (0,9%). Така ситуація викликає особливе занепокоєння з огляду на підвищений ризик тяжкого перебігу грипу, розвитку ускладнень та несприятливих наслідків як для матері, так і для дитини.

На рисунку 8 показаний рівень охоплення щепленнями проти грипу серед медичних працівників країни в порівнянні шести сезонів. Рівень охоплення медичних працівників щепленнями проти грипу в останньому сезоні мав показав тенденцію до зниження.

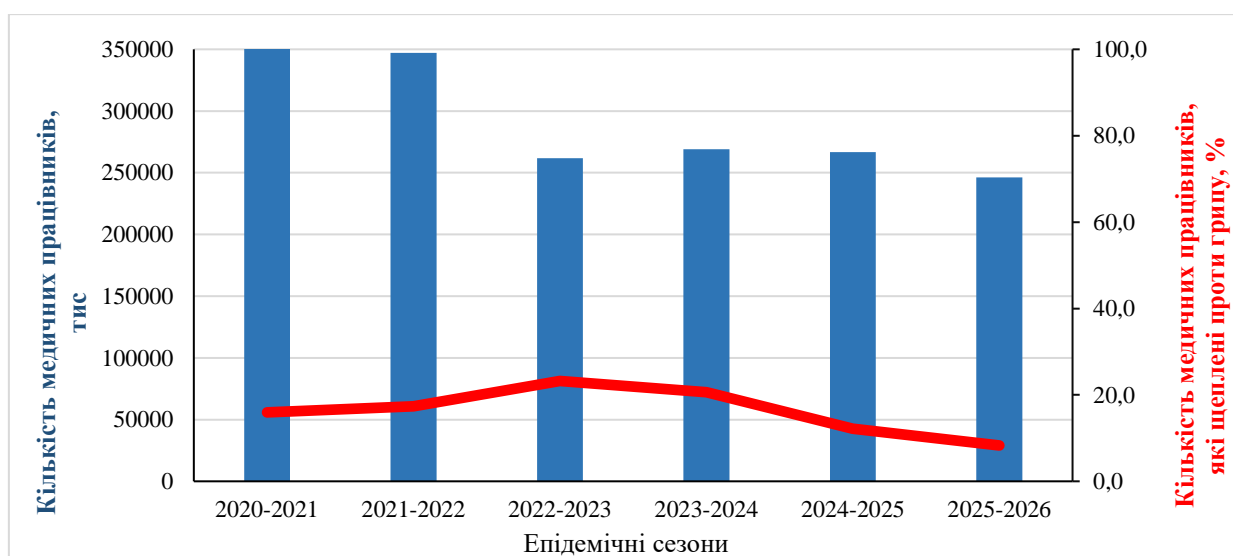


Рисунок 8. Охоплення щепленнями проти грипу медичних працівників, Україна, 6 сезонів

Отримані дані свідчать, що існуючий рівень охоплення вакцинацією проти грипу в Україні має переважно індивідуальний характер і не здатний забезпечити суттєвий вплив на інтенсивність епідемічного процесу, рівень захворюваності, госпіталізації чи летальності. Формування колективного імунітету серед груп ризику за таких показників є неможливим.

Низьке охоплення вакцинацією підтверджується також результатами епідеміологічного аналізу тяжких та летальних випадків. Серед пацієнтів із ГПЗ, ТГРІ та серед померлих від грипу переважна більшість не отримувала профілактичних щеплень проти грипу, що вкотре підтверджує важливу роль вакцинації у профілактиці тяжкого перебігу захворювання та розвитку ускладнень.

Таким чином, підвищення рівня охоплення вакцинацією проти грипу серед пріоритетних груп ризику залишається одним із ключових завдань системи громадського здоров'я України та потребує посилення комунікаційних заходів, розширення доступності вакцин і необхідність перегляду підходів до організації вакцинопрофілактики та посилення роботи з групами ризику.

6.2. Рекомендації щодо складу вакцини проти грипу на сезон 2026-2027

Найбільш сприятливим періодом для проведення вакцинації проти грипу є вересень-жовтень, тобто до початку сезонного підйому захворюваності на грип та ГРВІ. Водночас вакцинація залишається доцільною протягом усього епідемічного сезону, оскільки циркуляція вірусів грипу може тривати до травня.

У зв'язку з постійними антигенними змінами вірусів грипу ВООЗ щороку переглядає та оновлює рекомендації щодо штамового складу сезонних вакцин. За результатами технічної консультації експертів GISRS ВООЗ оприлюднила рекомендації щодо складу вакцин для Північної півкулі на епідемічний сезон 2026-2027 років. Оновлення складу вакцин відображає зміни у популяції циркулюючих вірусів грипу та спрямоване на забезпечення максимальної відповідності між вакцинними штамми і вірусами, які прогнозовано циркулюватимуть у сезоні 2026-2027 років.

Для вакцин на основі яєць рекомендовано включення таких компонентів:

- вірус, подібний до A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- вірус, подібний до A/Darwin/1454/2025 (H3N2);
- вірус, подібний до B/Tokyo/EIS13-175/2025 (лінія B/Victoria).

Для вакцин на основі клітинних культур, рекомбінантних білків або нуклеїнових кислот:

- вірус, подібний до A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- вірус, подібний до A/Darwin/1415/2025 (H3N2);
- вірус, подібний до B/Pennsylvania/14/2025 (лінія B/Victoria).