

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

**МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ЗА ПОКАЗНИКАМИ СМЕРТНОСТІ ОСІБ,
ЯКІ БУЛИ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ НА ЧАС АВАРІЇ
НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ
ТА ПРОЖИВАЮТЬ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ**

(методичні рекомендації)

Київ - 2018

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Начальник
лікувально-організаційного
управління НАМН України

_____ І.Д. Шкробанець

«14» квітня 2018 р.

**МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ЗА ПОКАЗНИКАМИ СМЕРТНОСТІ ОСІБ,
ЯКІ БУЛИ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ НА ЧАС АВАРІЇ
НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ
ТА ПРОЖИВАЮТЬ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ**

(методичні рекомендації)

Київ - 2018

Установа-розробник:

Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України»

Укладачі:

Канд. геогр. наук, ст. н. сп.

Д-р мед. наук, проф.

Канд. мед. наук, доцент

М. н. с.

Гулько Н.В.

Омельянець М.І.

Дубова Н.Ф.

Короткова Н.В.

Рецензент: Професор кафедри громадського здоров'я Національної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р мед. наук, проф. Козярін І.П.

Голова Експертної проблемної комісії
"Радіаційна медицина" МОЗ та НАМН України
акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.

Д.А. Базика

ЗМІСТ

ВСТУП	5
1 АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ Й СТРУКТУРИ КОГОРТИ ОСІБ 1968–1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ	6
2 АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СМЕРТНОСТІ ОСІБ 1968–1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ ..	7
3 ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ПІДТРИМКИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ МЕШКАЄ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ	13
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	15

ВСТУП

Існує значна різноманітність уявлень про те що таке здоров'я і як його вимірювати, про що свідчать наявні більше ніж сто визначень цього поняття. Універсального критерію для оцінки стану здоров'я популяції чи індивідууму людство також досі не виробило. Проте необхідність моніторингу за станом здоров'я не викликає сумніву ні в науковців, ні у фахівців з охорони здоров'я.

Внаслідок Чорнобильської катастрофи групами ризику в зв'язку з опроміненням щитоподібної залози радіоізотопами йоду, зовнішнім та внутрішнім опроміненням від різних джерел було визнано осіб, які були дітьми та підлітками на час аварії (особи 1968–1986 років народження). Досі стан здоров'я цієї категорії постраждалих за показниками смертності досліджувався недостатньо. Тому ретроспективне дослідження смертності як індикатора стану здоров'я осіб 1968–1986 років народження, які впродовж післяаварійного періоду проживали на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ) України, є особливо актуальним.

Метою даних методичних рекомендацій є оцінка смертності осіб 1968-1986 років народження (діти та підлітки на час аварії на Чорнобильській АЕС), які проживали впродовж 1986-2011 років на РЗТ, та окреслення заходів щодо збереження їх здоров'я.

Об'єктом дослідження було населення 1986-1986 років народження (діти та підлітки на час аварії на Чорнобильській АЕС), які проживали на найбільш РЗТ України (Іванківський, Поліський, Народицький та Овруцький райони). Контролем слугувало населення України відповідного віку.

Предметом дослідження є показники смертності як індикатори здоров'я населення.

Матеріали та методи. Дослідженням охоплено понад 31 тис. осіб 1968-1986 років народження, які проживали в досліджуваному регіоні України впродовж 1986-2011 років. Масив випадків смертей (2,1 тис. померлих) сформовано згідно з даних Актів про смерть Міністерства юстиції України в середовищі Microsoft Office Excel (№ ліцензії X12 53766).

В якості методів дослідження застосовували документарний аналіз, теоретичні, загальнонаукові, демографічні, математико-статистичні, графічні, програмно-технологічні (Microsoft Word, Microsoft Excel, MatLab).

Методичні рекомендації пропонуються для широкого кола спеціалістів практичної охорони здоров'я, які зайняті проблемами медичних наслідків Чорнобильської катастрофи (керівники спеціалізованих диспансерів протирадіаційного захисту, центрів соціально-психологічної реабілітації та медичних закладів, які обслуговують жителів радіоактивно забруднених територій, та сімейних лікарів). Представлений матеріал також буде цікавий для представників державної влади (при вирішенні питань фінансування заходів соціального та медичного захисту постраждалих), науковим працівникам, викладачам та студентам навчальних закладів 3-4 рівнів акредитації (здійснення науково-педагогічної та просвітницької діяльності), співробітникам служб інформації (просвітницька діяльність) і з цим не можна не погодитися.

Рекомендації видаються вперше у відповідності з тематичним планом наукових досліджень Інституту радіаційної гігієни та епідеміології ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України" в межах планової науково-дослідної роботи "Медико-демографічне дослідження смертності осіб, які були дітьми на час аварії на Чорнобильській АЕС та проживали на радіоактивно забруднених територіях України", № держреєстрації 0115U002700.

1 АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ Й СТРУКТУРИ КОГОРТИ ОСІБ 1968-1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ

Згідно з даними Департаменту статистики України (табл. 1), на початок 1986 р. на досліджуваних РЗТ країни проживало майже 42 тис. осіб 1968–1985 рр. народження, у т. ч.: в Овруцькому районі 20,3 тис. або 48,4 % від загальної чисельності когорти спостереження, Іванківському – 8,6 тис. (20,5 %), Поліському – 7,5 тис. (17,9 %), Народицькому – 5,5 тис. (13,2 %).

В 1986 р. на досліджуваних РЗТ народилося 2538 малюків (1292 хлопчиків та 1246 дівчаток), у т. ч. 48,8 % або 1239 дитини в Овруцькому, 20,2 % (513 дітей) – Іванківському, 18,2 % (462 дитини) Поліському, 12,8 % (324 дитини) – Народицькому районах. Таким чином, з урахуванням міграційного руху та смертності, станом на 01.01.1987 р. когорта спостереження налічувала 44,3 тис. осіб, або 2,3 % від чисельності населення України відповідного віку.

Таблиця 1 – Чисельність осіб 1968–1986 років народження в Україні та найбільш РЗТ у 1986–2012 рр., станом на 01.01 відповідного року

Території	Роки:								Зміни, 2012 р. до 1987 р., %
	1986	1987	1990	1995	2000	2005	2010	2012	
Регіон дослідження	41,9	44,3	41,2	34,4	31,1	27,0	27,3	27,2	-38,60
у т. ч.:									
Народицький район	5,5	5,8	5,3	2,5	2,0	2,2	2,2	2,2	-62,07
Овруцький район	20,3	21,5	19,4	18,1	16,9	15,5	15,5	15,3	-28,51
Іванківський район	8,6	9,2	8,9	10,7	9,9	7,7	8,1	8,1	-11,96
Поліський район	7,5	7,8	7,6	3,1	2,3	1,6	1,5	1,6	-79,49
Україна (контроль)	13124,0	13886,1	13846,0	13879,6	13750,1	13275,7	13082,5	13013,4	-6,28

Станом на початок 2012 р. в Україні чисельність когорти спостереження зменшилася на 6,28 % (мінус 8,73 тис. осіб) порівняно з 1987 р., а на РЗТ - на 38,6 % (мінус 17,1 тис. осіб), що свідчить про трансформаційні зміни просторових характеристик населення РЗТ внаслідок започаткованих у 1986 р. заходів протирадіаційного захисту населення (евакуація, організоване обов'язкове та добровільне переселення).

У статевій структурі когорти жителів РЗТ до 2007 р. переважали чоловіки (за винятком 1996, 2000 та 2001 рр.). З 2008 р. стала відзначатися тенденція до зниження їх частки.

Станом на початок 1987 р. у когорті дослідження однолітки-чоловіки були представлені рівномірно як на РЗТ (від 4,53 % 1971 рік народження до 5,82 % 1973 рік народження), так і в Україні (від 4,72 % 1968 рік народження до 5,74 % 1983 рік народження). Жіноча когорта на РЗТ мала менші частки жінок 1970–1968 роки народження (3,04–4,12 %) порівняно з контролем (4,84–5,19 %).

2. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СМЕРТНОСТІ ОСІБ 1968–1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ

Смерть вражає людину в будь-якому віці, у т. ч. й тоді, коли потенційна життєздатність організму далеко не вичерпана. Така смерть є передчасною і обумовлює значні втрати трудового потенціалу і економічні втрати суспільства. За критерієм Всесвітньої організації охорони здоров'я, передчасною вважається смертність людини у віці до 65 років¹.

Дані рис. 1 ілюструють як досліджувана когорта із часом втрачала життєвий потенціал на РЗТ. Усього впродовж 1986–2011 рр. на РЗТ померло майже 2,1 тис. осіб із когорти дослідження, що становить 2,8 % від загальної кількості смертей.

У складі померлих на РЗТ впродовж 1986–2011 рр. осіб 1968–1986 років народження чоловіків було 77,28 % (1 592 особи), жінок – 22,72 % (468 осіб). Це співвідношення близьке до загальнонаціональної пропорції – 74,64 % та 25,36 %, відповідно.

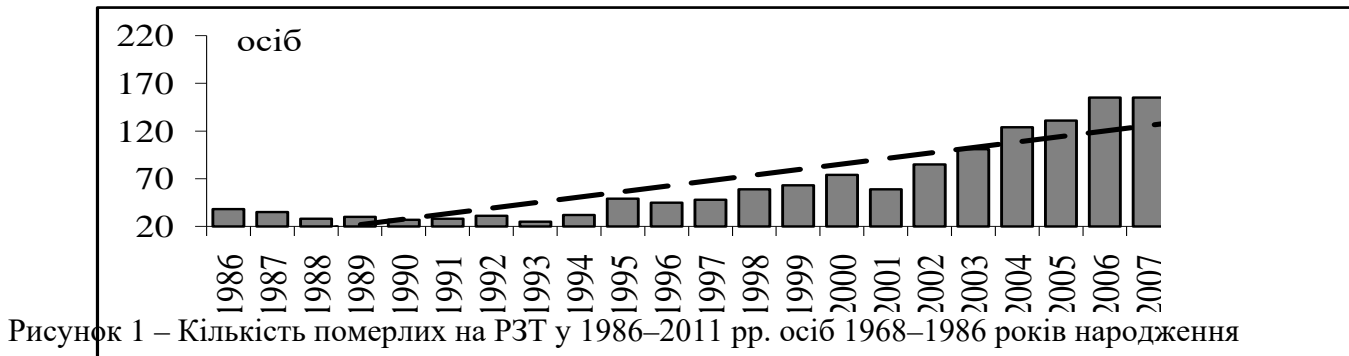


Рисунок 1 – Кількість померлих на РЗТ у 1986–2011 рр. осіб 1968–1986 років народження

Серед померлих на РЗТ найчастіше були чоловіки у віці 36,0 років та жінки 23,0 років (модальний вік померлих). Медіанний вік померлих складав 30,0 років для чоловіків та 27,3 - для жінок (тобто 50 % з них були старшими за вказаний вік).

Представлені на рис. 2 за період з 1986 р. по 2011 р. для когорти в цілому коефіцієнти смертності демонструють закономірний процес переходу когорти в старші вікові групи. Найнижчі показники відзначалися в 1987–1990 рр. Вищі, порівняно із зазначеним періодом, показники в 1986 р. ми пов'язуємо з вищим рівнем смертності дітей у віці до 1 року, що відповідає світовим та національним тенденціям^{2, 3}.

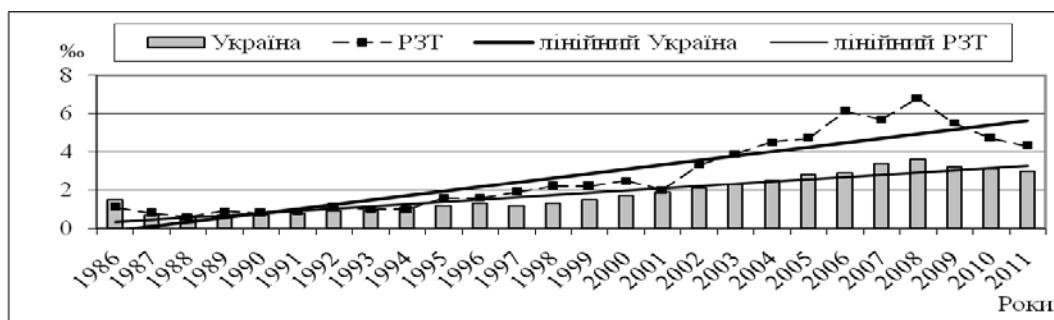


Рисунок 2 – Коефіцієнти смертності осіб 1968–1986 років народження України та РЗТ, 1986–2011 рр., на 1000 населення відповідного віку

¹ World Health Organization: Regional Office for Europe, (2008). European mortality database. URL: <http://data.euro.who.int/hfamdb> (дата звернення: 02.12.2015 р.).

² Гарашенко Т. Н. Младенческая смертность в Украине. *Демоскоп Weekly*. № 563-564, 19 августа - 1 сентября 2013. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0563/analit07.php> (дата звернення: 16.09.2017 р.).

³ Вишневский А. Г. Смертность реальных поколений россиян. Демографическая модернизация России. Москва : Новое издательство, 2006. 608 с.

Смертність серед чоловіків перевищувала таку серед жінок весь період спостереження як на РЗТ (1,01-7,16 раза), так і в контролі (1,44-2,39 раза). У міру дорослішання когорти статевий дисбаланс збільшувався.

Результати аналізу динамічних рядів показників смертності по РЗТ та контролю за період з 1986 р. по 2011 р. свідчать про статистично вірогідне ($p < 0,01$) збільшення показника по всіх територіях як у чоловіків, так і у жінок. Сильний кореляційний зв'язок виявлено на РЗТ порівняно з Україною (обидві статі 0,969747, чоловіки – 0,971069, жінки – 0,906638).

Середньохронологічний рівень смертей за 1986–2011 рр. на РЗТ становив $(2,26 \pm 0,37)$ ‰, тоді як в Україні – $(1,74 \pm 0,74)$ ‰.

Стандартизовані за віком і статтю показники (стандарт населення України) свідчать, що в період дослідження на РЗТ рівень показника загальної смертності зріс у 4 раза, у той час як в Україні – в 2 раза (рис. 3).

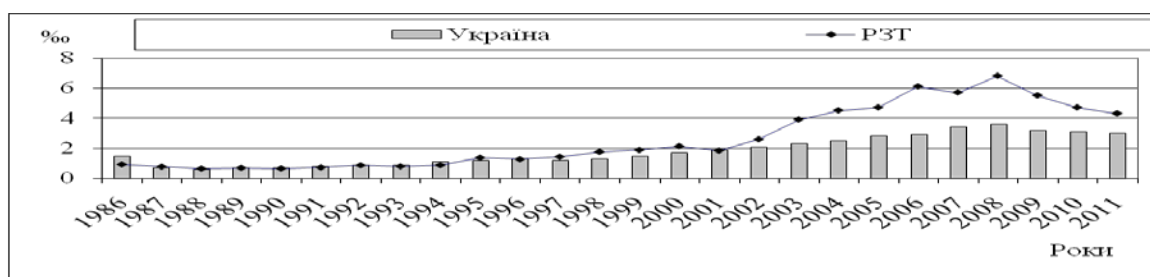


Рисунок 3 – Стандартизовані коефіцієнти смертності осіб 1968–1986 років народження РЗТ, 1986–2011 рр., на 1 000 населення відповідного віку

Середньохронологічні за 26 річний період показники смертності однолітків 1968–1986 років народження (рис. 4) свідчать про вищі рівні смертності на РЗТ порівняно з контролем.

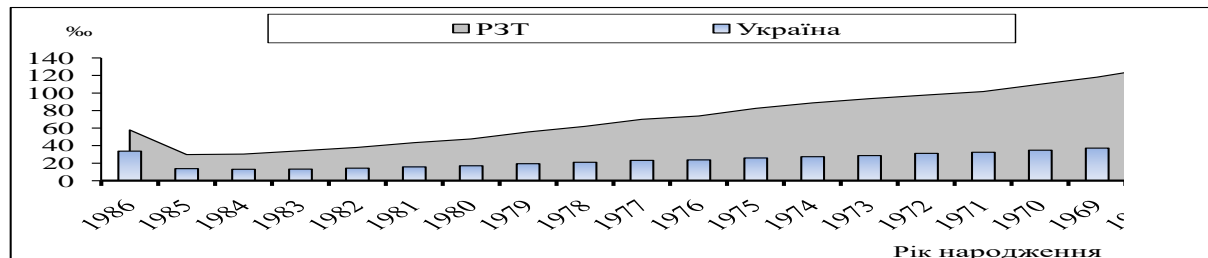


Рисунок 4 - Коефіцієнти смертності однолітків України та РЗТ (узагальнення за 1986–2001 рр.), всього, на 1000 населення відповідного віку

Узагальненні за 1986-2011 рр. по когорті дані свідчать, що на РЗТ у структурі смертності (рис. 5) провідна роль належить екзогенним причинам (50,44 %) Соматичні патології склали 43,01 %, симптоми, ознаки та нечітко визначені стани – 6,55 %.

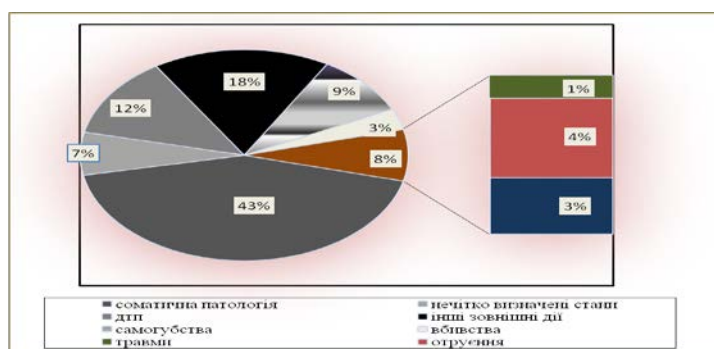


Рисунок 5 – Структура причин смерті осіб 1968–1986 років народження РЗТ (узагальнення за 1986–2011 рр.), %

Найбільш поширеними різновидами зовнішніх дій, які призвели до смертельних наслідків, були інші нещасні випадки, а саме: враження електричним струмом, асфіксія стороннім тілом, отруєння чадним газом, випадкові отруєння, дія алкоголю, тощо (чоловіки – 29,7 %, жінки – 29,5 %); транспортні випадки (чоловіки – 25,5 %, жінки – 20,5 %), умисні самоушкодження (чоловіки – 18,9 %, жінки – 17,5 %).

У «п'ятірці» провідних класів ендогенних причин смерті чоловічої субкогорти є хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, симптоми, ознаки та нечітко визначені стани, психічні розлади та хвороби нервової системи, новоутворення; жіночої – новоутворення, хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання, на які в сумі припадає, 78,35 та 71,52 % від кількості померлих від ендогенних причин смерті, відповідно (рис. 6).



Рисунок 6 – Структура смертності чоловіків та жінок РЗТ від ендогенних причини (узагальнення за 1986–2011 рр.), %

Середньохронологічні за 1986–2011 рр. показники смертності за причинами (табл. 2) свідчать про вищу смертність субкогорти чоловіків порівняно з жінками від більшості причин, що є типовим і для України в цілому¹. Особливо значна різниця ризику смерті – від екзогенних причин. Інтенсивність смертності когорти дослідження (як жінок, так і чоловіків; як РЗТ, так і контролю) від основних причин смерті підвищується в динаміці спостереження («ефект віку»). Особливо стрімке й неухильне зростання з переходом до старших вікових груп характерне для рівня смертності від серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, екзогенних причини.

Враховуючи вікові особливості когорти (0–17 років у 1986 р. та 25–43 роки у 2011 р.), викликає занепокоєння тенденція до підвищення рівня смертності чоловічої субкогорти жителів РЗТ від симптомів, ознак та відхилень від норми (вважаються одним з типово старечих класів причин смерті, до якого включається і смерть від старості).

Середній вік смерті в усій когорті дослідження дорівнював ($27,7 \pm 0,11$) років, у субкогорті чоловіків – ($28,2 \pm 0,12$) років та в субкогорті жінок – ($25,9 \pm 0,23$) років (табл. 3). Для обох статей діапазон значень від ($21,74 \pm 1,41$) років (хвороби крові та кровотворних органів) до ($32,36 \pm 0,40$) років (хвороби органів травлення), у субкогорті чоловіків – ($18,79 \pm 1,85$) (хвороби крові та кровотворних органів) – ($32,26 \pm 0,47$) років (хвороби органів травлення) років та субкогорті жінок – ($16,06 \pm 0,85$ років) (інші соматичні патології) – ($32,64 \pm 0,79$) років (хвороби органів травлення).

Дані статистичного аналізу причинно-специфічної смертності свідчать про кореляційні зв'язки показників смертності на РЗТ та Україні, а також чоловіків порівняно з жінками. Розрахунки дозволяють стверджувати, що життєстійкість жителів РЗТ порівняно з рештою населення країни є меншою, як і чоловічого покоління порівняно з жіночим.

¹ Смертність населення України у трудоактивному віці / Е. М. Лібанова та ін. / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Київ, 2007. 210 с.

Таблиця 2 - Коефіцієнти смертності чоловіків та жінок у розрізі окремих захворювань (узагальнення за 1986–2011 рр.)

У ‰

Клас причин смерті	Чоловіки	Жінки	Чоловіки порівняно з жінками
Ендогенні причини, у т.ч.:	1,54	0,68	+2,3 раза
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,16	0,07	+2,3 раза
Новоутворення	0,16	0,15	+1,1 раза
Хвороби системи крові та кровотворних органів	0,02	0,01	+2,0 раза
Хвороби ендокринної системи	0,01	-	-
Психічні розлади та хвороби нервової системи	0,20	0,05	+4,0 раза
Хвороби ока та вуха	0,002	-	-
Хвороби системи кровообігу	0,37	0,12	+3,1 раза
Хвороби органів дихання	0,09	0,06	+1,5 раза
Хвороби органів травлення	0,24	0,08	+3,0 раза
Хвороби шкіри	-	0,002	-
Хвороби кістково-м'язової системи	-	0,005	-
Хвороби сечостатевої системи	0,02	0,02	-
Вагітність та пологи	-	0,01	-
Стани, які виникають в перинатальному періоді	0,011	0,015	-26,7 %
Вроджені аномалії	0,019	0,02	-
Симптоми, ознаки та нечітко визначені стани	0,24	0,05	+4,8 раза
Екзогенні причини, у т.ч.:	1,86	0,37	+5,0 разів
Транспортні випадки	0,47	0,076	+6,2 раза
Пошкодження з не визначеними намірами та ускладнення	0,25	0,063	+3,7 раза
Умисні самоушкодження, напади	0,44	0,12	+3,6 раза
Травми	0,038	0,011	+3,5 раза
Всі причини	3,40	1,05	+3,2 раза

Таблиця 3 - Середній вік смерті за причинами смерті жителів РЗТ 1968–1986 років народження (узагальнення за 1986–2011 рр.)

У роках

Причини смерті	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Всі причини	27,66 ± 0,11	28,18 ± 0,12	25,90 ± 0,23
Інфекційні та паразитарні хвороби	30,68 ± 0,48	29,69 ± 0,57	28,10 ± 0,87
Новоутворення	24,94 ± 0,41	24,29 ± 0,57	25,70 ± 0,61
Хвороби крові та кровотворних органів	21,74 ± 1,41	18,79 ± 1,85	25,89 ± 2,19
Хвороби ендокринної системи	28,92 ± 2,00	29,10 ± 6,56	27,99 ± 4,90
Хвороби кровообігу	31,26 ± 0,33	31,50 ± 0,37	30,48 ± 0,67
Хвороби органів дихання	25,64 ± 0,58	28,82 ± 0,75	20,51 ± 0,93
Хвороби органів травлення	32,36 ± 0,40	32,26 ± 0,47	32,64 ± 0,79
Хвороби нервової системи, психічні розлади та розлади поведінки	27,22 ± 0,45	27,68 ± 0,51	25,38 ± 1,02
Інші соматичні патології	16,02 ± 0,63	15,98 ± 0,93	16,06 ± 0,85
Симптоми, ознаки та нечітко визначені стани	31,93 ± 0,42	31,96 ± 0,47	29,56 ± 1,00
Зовнішні причини смертності	26,85 ± 0,15	27,21 ± 0,17	24,96 ± 0,38

Розраховані за 1986–2011 рр. середньохронологічні індекси надсмертності для однолітків-чоловіків України та РЗТ (рис. 7) свідчать про більш високу смертність чоловічої популяції. Проте, ріст надсмертності чоловічої популяції українців в цілому відбувався плавно від 1986 року народження (1,71) до 1973 року народження (3,25), дещо знижуючись у народжених у 1972–1968 рр. (3,13–3,24), а на РЗТ – з різкими перепадами значень. Розмах варіації величин на РЗТ 6,34, в Україні – 1,54.

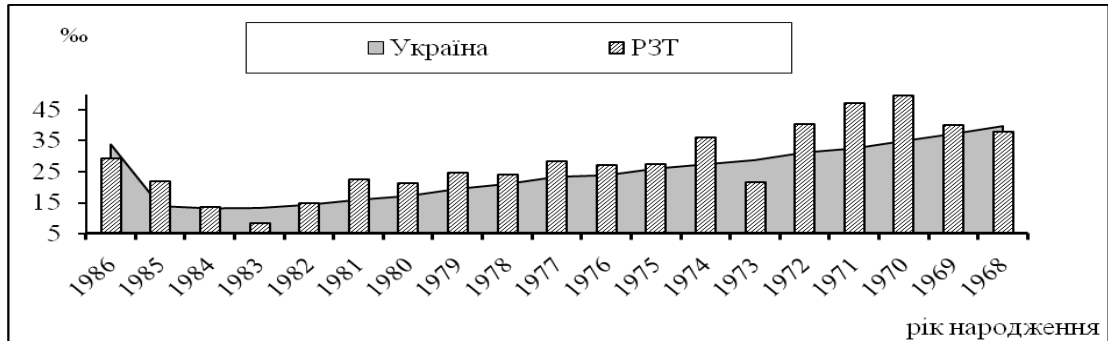


Рисунок 7 - Індекси надсмертності однолітків-чоловіків України та РЗТ (узагальнення за 1986–2011 рр.)

Відомо, що від народження діти мають різні можливості дожиття до старечого віку¹, а одиницею виміру потенційно втрачених років життя є людино-рік (число років, не дожитих до тривалості життя, що максимально залишилася). В Україні при народженні найкращий життєвий потенціал у когорті дослідження мали хлопчики та дівчатка 1986 року народження (хлопчики – 66,9 року, дівчатка – 75,0 років), а найменший – хлопчики 1980, 1981 та 1984 років народження (64,6 року) та дівчатка – 1979 та 1985 років народження (74,0 роки). У жіночій субкогорті різниця між крайніми значеннями дорівнює 1 рік, у чоловічій – 2,3 року, різниця між чоловіками і жінками – 8,1 року.

Розраховано, що суспільство впродовж 1986–2011 рр. на РЗТ, що досліджувалися, внаслідок передчасних смертей від усіх хвороб 2060 людей 1968–1986 років народження, потенційно втратили 82,3 тис. років життя. На чоловічу субкогарту припадає 72,43 % потенційно втрачених років життя. Середній показник потенційно втрачених років життя для померлої людини становили 31,66 років, чоловіків – 37,45 років, жінок – 48,50 років. Тягар передчасної смертності за 26 років с точки зору потенційно втрачених років життя є суттєвим.

Дані рис. 8 відображають динаміку формування потенційно втрачених років життя чоловічої та жіночої субкогорт на РЗТ впродовж періоду дослідження. Найменші втрати жіноча субкогорта мала в 1993 р. (300,3 людино-роки), чоловіча – у 1991 р. (847,3 людино-роки), максимум втрат був у 2008 р. (чоловіки – 4494,9 людино-роки, жінки – 1811,2 людино-роки).



Рисунок 8 – Динаміка потенційно втрачених років життя для померлих осіб 1968–1986 років народження, які проживали на РЗТ, 1986–2011 рр., людино-роки

¹ 15 новых независимых государств. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1950–2014. *Демоскоп Weekly* : Приложение. URL: <http://demoscope.ru/weekly/pril.php> (дата звернення: 21.05.2016 р.).

Порівняння кривих виживання (рис. 9) за допомогою логрангового критерію¹ показало, що з ймовірністю $P > 99,9\%$ (рівень значимості $\alpha < 0,1\%$) всі криві статистично достовірно відрізняються одна від одної. Це означає, що смертність як чоловіків, так і жінок 1968–1986 років народження є статистично достовірно вищою на РЗТ порівняно з Україною в цілому.

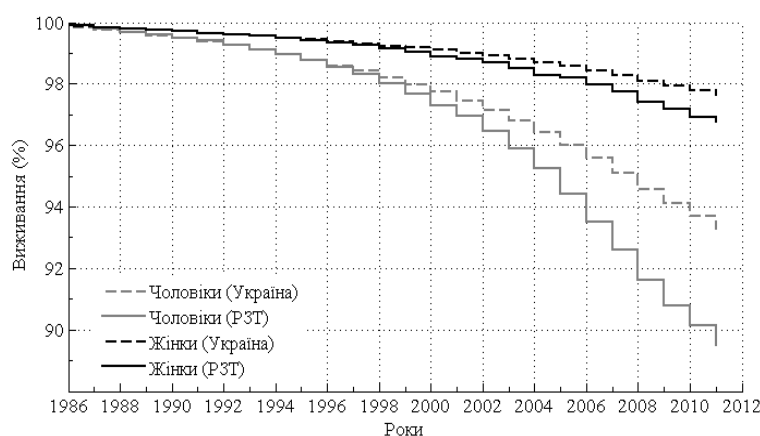


Рисунок 9 – Функції виживання у період 1986–2011 рр., побудовані для осіб 1968–1986 років народження, що проживали в 4 районах дослідження (Іванківський, Поліський, Народицький, Овруцький) та на території України, %

Згідно досліджень^{2,3} резерви зниження передчасної смертності є досить значними. З огляду на сучасну демографічну кризу як у країні, так і на РЗТ, збереження та поліпшення здоров'я населення від причин смерті, які можливо запобігти, має стати одним із пріоритетів національної політики в царині збереження та поліпшення здоров'я нації.

¹ Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. Москва: Практика, 1999. 459 с.

² Левчук Н. М. Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2011. 492 с.

³ Рынгач Н. А., Моисеенко Р. А. Оцінка безповоротних втрат, спричинених смертністю в результаті транспортних нещасних випадків в Україні. *Демографія та соціальна економіка*, 2017. № 2 (30). С. 61–77.

З ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ПІДТРИМКИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ МЕШКАЄ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Охорона здоров'я є ресурсозберігаючою галуззю, саме тому в індустріально розвинених країнах витрати на неї складають значну частку від внутрішнього валового продукту, а інвестування в здоров'я населення, з метою збереження трудового потенціалу, є одним з найбільш пріоритетних завдань.

Вирішення проблеми зниження смертності жителів РЗТ слід базувати на реалізації в Україні державної політики в сфері охорони здоров'я стосовно збереження та зміцнення здоров'я населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у т.ч.: профілактики неінфекційних захворювань, мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань, створення сприятливого для здоров'я середовища й системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним потребам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані класам хвороб та нозологічним формам, формування культури здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя.

У числі пріоритетних заходів держави щодо підтримки життєстійкості потерпілих, які мешкають на РЗТ, має залишатися їх медичний захист. Досвід розвинутих країн свідчить, що суспільство має можливості щодо збереження й поліпшення стану здоров'я населення через профілактичну медицину. Інвестування в профілактичну медицину й більш ефективна боротьба з хронічними хворобами дозволять скоротити пов'язані з ними економічні збитки, поліпшити якість життя жителів РЗТ. Основними резервами для зниження надмірно високої смертності постраждалих є поліпшення якості диспансеризації, покращання ранньої діагностики, підвищення ефективності лікування, профілактика хронізації хвороб та інше.

У реалізації державної політики медичного захисту постраждалих мають бути враховані тенденції до погіршення стану здоров'я постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи (високі рівні смертності, захворюваності та інвалідності) й тенденції до постаріння жителів РЗТ. Тому МОЗ України було б доцільно переглянути нормативи ведення хворих дільничними/сімейними лікарями, які їх обслуговують, у бік зменшення навантаження.

Стратегія медичного захисту постраждалих має бути спрямована на поліпшення здоров'я й профілактику захворювань за результатами щорічних медоглядів. Щорічна диспансеризація постраждалих має також здійснюватися з урахуванням вимог наказу МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення».

Юридичне врегулювання випадків невмотивованої відмови від проходження щорічних медичних оглядів потребує відповідного правового вирішення. Тому відповідним центральним органам виконавчої влади було б доцільним подати до Верховної Ради України доповнення до законодавства, яке б регламентувало призупинення/обмеження виплат соціальних пільг та компенсацій у разі відмови від проходження медичних оглядів та необхідного лікування жителями РЗТ та іншими категоріями постраждалих. Це дасть можливість поєднати важелі, які безпосередньо впливають на стан отримання соціальних пільг, із тими, що дають можливість попереджувати загострення хвороб, підтримувати на належному рівні стан хронічного хворого, відстрочувати ранню інвалідизацію та запобігати передчасній смертності. Такий підхід позитивно позначиться на формуванні громадської думки про відповідальне ставлення держави до питання збереження здоров'я популяції, що піддалася дії опромінення.

МОЗ України й Мінпраці України доцільно поєднати зусилля щодо обліку громадян, які потребують санаторно-курортного лікування, та систематичного забезпечення їх необхідним лікуванням.

Актуальним є збільшення обсягів інформаційно-просвітницької роботи з жителями РЗТ. Для цього МОЗ України, Мінпраці України та МОН України мають визначити, на які інформаційні ресурси має бути покладена відповідальність за інформування жителів РЗТ щодо безпечного проживання, та як інформація досягає населення. Усім центральним органам

виконавчої влади, які опікуються проблемами подолання наслідків Чорнобильської катастрофи, було б доцільно ширше використовувати мережу Інтернету та впроваджувати комп'ютерні технології для інформування населення з питань здорового способу життя, первинної профілактики радіаційно індукованих хвороб, профілактичних технологій збереження здоров'я (вторинна профілактика хронічних захворювань), гігієнічного навчання щодо сприяння здоров'ю і т. п.

Активізація просвітницької діяльності лікарями, соціальними працівниками, педагогами та іншими категоріями працівників дасть змогу суттєво впливати на поведінку жителів РЗТ, сприятиме формуванню суспільної й індивідуальної їх налаштованості на пріоритети здорового способу життя та попередження ризиків смерті.

Пріоритетними напрямками медичного й соціального захисту жителів РЗТ та постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи у віддалений період мають бути:

- удосконалення системи медико-санітарного забезпечення та соціального захисту в умовах дії пролонгованого опромінення;
- регулярна суцільна диспансеризація постраждалого населення;
- моніторинг медичних та демографічних наслідків, особливостей біологічного старіння постраждалих, зважаючи на очікувані тенденції до збільшення захворюваності за багатьма класами хвороб, які зумовлюють високий рівень інвалідності та смертності;
- додаткові заходи щодо забезпечення потерпілих ліками й доступності їх за ціною, так і готовності лікарів призначати їх пацієнтам, які повинні отримати їх безкоштовно;
- профілактика хронічних хвороб;
- систематичне оздоровлення та лікування населення, яке має хронічні захворювання, у санаторно-курортних закладах;
- розробка методичних вказівок для фахівців та порад для населення щодо здорового способу життя та попередження передчасної смертності;
- першочергове забезпечення медичними кадрами закладів охорони здоров'я РЗТ.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Тридцять років Чорнобильської катастрофи: радіологічні та медичні наслідки. Національна доповідь України / Гол. ред. Д. А. Базика. Київ, 2016 (national_dopovid_2016_new.pdf).
2. Омелянець Николай, Наталья Гунько, Наталья Дубовая. Демографические потери Украины от Чернобыльской катастрофы. Радиационным авариям стоп. Германия : Palmarium Academic Publishing, 2015. 193 с.
3. Радіація та популяція України / В. П. Войтенко та ін. Київ : Фенікс, 2013. 36 с.
4. Чернобыль: последствия катастрофы для человека и природы / А. В. Яблоков и др. Киев : Универсаріум, 2011. 592 с.
5. Підтримка життєстійкості населення, яке мешкає на радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територіях України : методичні рекомендації / М. І. Омелянець та ін. / Укрмедпатентінформ МОЗ України, ДУ “ННЦРМ АМН України”. Київ, 2011. 25 с.
6. Інформаційно-статистичне забезпечення ретроспективного дослідження смертності осіб, опромінених у дитячому віці внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС та проживаючих на радіоактивно забруднених територіях України: оцінка практичної можливості / Н. В. Гунько та ін. *Проблеми радіаційної медицини та радіобіології*. 2017. Вип. 22. С. 108-125.
7. Гунько Н. В., Короткова Н. В., Омелянець М. І. Структурні властивості когорти дітей та підлітків на час аварії на Чорнобильській атомній електростанції, які мешкають на найбільш радіоактивно забруднених територіях України. *Проблеми радіаційної медицини та радіобіології*. 2016. Вип. 21. С. 132–140.
8. Передчасна смертність населення радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територій України. / Н. Гунько та ін. *Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2012. Вип. 21, кн. 3. Київ, 2012. С. 235–239.
9. Дубова Н., Омелянець М., Гунько Н. Ретроспективний аналіз смертності жителів радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територій. *Соціальні наслідки Чорнобиля: Час відродження* / НАН України, Ін-т соціології, Центр соціальних експертиз; за ред. Ю. Саєнка, Н. Ходорківської. Київ, 2011. С. 206–216.