

ДЕЯКІ ФАКТИ ЕКОЛОГІЧНИХ І МЕДИЧНИХ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Л.Амджадін

Інститут соціології НАН України

Інститут соціології НАН України з 1992 року проводить дослідження соціальних та соціально-психологічних наслідків Чорнобильської катастрофи (науковий керівник – Саєнко Ю.І.), зібравши за цей час унікальний банк даних суб'єктивного сприйняття реальності різними категоріями потерпілих. Ці дані свідчать, що і через 20 років по аварії на Чорнобильській АЕС, населення (включаючи як жителів забруднених радіонуклідами територій та переселених, так і жителів умовно “чистих” територій) стурбоване станом довкілля за місцем проживання. Серед потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи найоптимістичніше оцінюють стан довкілля самосели, прагнучи витіснити екологічний ризик поза межі свідомості, оскільки офіційні дані підтверджують збереження радіоактивного забруднення. Жителі територій обов'язкового гарантованого відселення оцінюють екологічну ситуацію у своїх поселеннях найнижче. Зберігається на низькому рівні поінформованість населення щодо стану довкілля: третина жителів забруднених територій не знають про рівень радіоактивного забруднення довкілля, половина – не знає про рівень забруднення місцевих продуктів та будинку з присадибною ділянкою, майже дві треті населення не можуть ідентифікувати види наявних екологічних забруднень (при цьому 35% не знають нічого про наявність таких чинників, а 27% не можуть визначитися, які ж забруднення все-таки є). Визнаючи необхідність проведення заходів по поліпшенню довкілля, жителі забруднених територій вказують на майже повну їхню відсутність. Відповідальність за вирішення проблем довкілля покладається переважно на центральні та місцеві органи влади, хоча можливість приведення довкілля до доаварійного стану визнається лише кожним десятим жителем забруднених територій. Розмитість перспектив вирішення проблем довкілля жителі забруднених територій компенсують перспективами “створення нових робочих місць, забезпечення всіх роботою” (30%) та “створенням умов для ефективних способів господарювання” (20%). Впродовж усіх 20 років після аварії населення відмічає погіршення стану свого здоров'я, причому зростає суб'єктивна роль екологічного чинника погіршення здоров'я. Якщо в 1999 році негативний вплив екологічної ситуації в регіоні на здоров'я відмічали 49% опитаних, то в 2001 році ця частка зросла до 64%.

У 2003 році тільки 3% тих, хто проживає на забруднених радіонуклідами територіях (з різною мірою забруднення), оцінювали стан власного здоров'я як “повністю здоровий”; 44% - “не зовсім здоровий”; 39% мали хронічні захворювання (на умовно “чистих” територіях – 10%; 45% та 30% відповідно). Серед жителів “чорнобильських” територій у 2003 році не хворіли зовсім 5% опитаних; хворіли декілька днів - 17%; хворіли тиждень – 19%; хворіли 2-3 тижні і більше – 60% (для порівняння: на контрольних “чистих” територіях – 8%, 22%, 24% та 46% відповідно). Особливо різко змінюються самооцінки здоров'я такою категорією потерпілих, як самосели. У 1999 році вони оцінювали себе як найбільш здорових порівняно з іншими категоріями потерпілих: кожний десятий з них вважав себе “повністю здоровим”; кожний другий – “не зовсім здоровим”; 37% мали хронічні захворювання; 3% мали інвалідність. Через чотири роки (у 2003 р.) таких, хто оцінював би себе “повністю здоровим” серед самоселів не виявилось зовсім. 67% мали хронічні захворювання, а 15% - інвалідність. Разюче змінилася кількість днів, упродовж яких респонденти-самосели хворіли: з 0 днів у 1999 році до 18 днів (в середньому) – у 2003 році. Навіть відомий життєвий оптимізм і міфологізована свідомість самоселів не завадять їм оцінювати свій рівень здоров'я як “низький”. На фоні наукових суперечок про організаційні та технічні аспекти відновлення життя на територіях, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, повсякденність жителів цих територій продовжує збагачуватися різними протиріччями у судженнях і поведінці, зокрема:

- при ствердженні населенням негативних змін у стані навколишнього природного середовища простежується зростання рівня задоволеності ним;
- паралельно з низьким рівнем задоволеності екологічною ситуацією в регіоні відмічається незначна природоохоронна активність;
- визначаючи майже одноставно негативний вплив екологічної ситуації в регіоні на стан здоров'я, його жителі оцінюють ймовірність втрати здоров'я внаслідок впливу стану довкілля як “низьку”;
- висловлюючи високу стурбованість станом здоров'я як власного, так і своїх дітей, жителі забруднених територій, тим не менше, не дотримуються необхідних вимог і правил поведінки у забруднених регіонах;

нібито дотримуючись засторог щодо вживання лісових грибів і ягід впродовж всього часу після аварії спостерігається постійне вивезення лісової продукції із забруднених територій на продаж тощо.

Наслідки Чорнобильської катастрофи підкреслюють необхідність одночасної роботи над мінімізацією об'єктивних і суб'єктивних ризиків, обумовлених аварією, включаючи формування і донесення до потерпілих спільнот установок, здатних конкурувати із нинішніми екологічними поглядами і переконаннями населення, які б сприяли його самозбережній поведінці.

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ТА ЗАХИСТУ ПОСТТРАЖДАЛИХ В УКРАЇНІ ВІД НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД

*Гродзінський Д.М., Омелянець М.І., Калина В. К.
Національна комісія з радіаційного захисту населення України
Київ, Україна*

Узагальнення, які було зроблено до 20-х роковин Чорнобильської катастрофи на міжнародному рівні (Чорнобильський форум у Відні, міжнародні конференції у Мінську і Києві) та у Національних доповідях постраждалих країн, свідчать, що наслідки катастрофи у повному обсязі не ліквідовано й у віддалений період після неї ще необхідно надавати допомогу постраждалим та здійснювати різноманітні заходи їх захисту. В Україні у переважній більшості вони знайшли відображення у затвердженій Законом України від 14 березня 2006 року № 3522-IV Загальнодержавній програмі подолання наслідків Чорнобильської катастрофи на 2006-2010 роки. Фінансування її передбачено за рахунок коштів Державного бюджету. Зважаючи, що за минулий після вибуху реактора час біля 90 % дози опромінення населення за життя вже накопичено, за пріоритетністю перше рагнове місце в здійсненні заходів повинно належати медичному захисту. Він повинен базуватися на продовженні здійснення щорічного диспансерного спостереження, наданні спеціалізованої медичної допомоги та виплаті соціальних пільг як основи для покращання стандартів життя й компенсацій за шкоду здоров'ю. Станом на 1.01.2006 р. медичного захисту потребують 2594071 громадян країни, які національним законодавством віднесено до постраждалих, у складі яких 617660 дітей. Метою медичного захисту повинне бути не тільки призупинення негативних тенденцій в стані здоров'я постраждалих, але й його покращання у порівнянні з не постраждалим населенням. В здійсненні цих заходів важливе місце повинно належати уточненню доз опромінення населення України за перший після аварійний рік. Друге місце за пріоритетністю належить економічному відродженню населених пунктів і територій за

межами зони відчуження, що зазнали радіоактивного забруднення, а також місць компактного проживання переселених громадян. Здійснення цих заходів повинно проводитися в двох напрямках: проведенні протирадіаційних заходів захисту населення в місцевостях, де рівні доз опромінення перевищують річну межу, та реабілітації територій за радіаційним забрудненням до рівнів, які б відповідали сучасним вимогам ведення господарської діяльності. В першу чергу заходи повинні бути зосереджені на приведенні Чорнобильської АЕС в екологічно безпечний стан та виходу радіоактивності за межі зони відчуження. Із 2163 населених пунктів, які ще нині мають статус радіоактивно забруднених, 1511 можуть вже бути виведені за межі зон радіоактивного забруднення, 410 переведені в зону посиленого радіоекологічного контролю, а 202 – віднесені до зони гарантованого добровільного відселення. В останніх повинні здійснюватися заходи протирадіаційного захисту населення із застосуванням тих, які попереджають внутрішнє опромінення. Досвід роботи за 20 років після катастрофи свідчить про необхідність більш повного забезпечення соціального захисту осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. Реалізація перерахованих першочергових заходів вимагає участі й світової спільноти. Спільні зусилля дозволять прискорити подолання наслідків Чорнобильської катастрофи як ядерної катастрофи планетарного масштабу.

ВІДРОДЖЕННЯ ТА РОЗВИТОК ТЕРИТОРІЙ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ НА ОСНОВІ ЗАЛУЧЕННЯ МІСЦЕВИХ ГРОМАД: РЕЗУЛЬТАТИ, ДОСВІД, ПЕРСПЕКТИВИ

*Павло Замостьян,
ПРООН в Україні, Чорнобильська Програма
Відродження та Розвитку*

Чорнобильська програма відродження та розвитку розпочала свою діяльність на основі рекомендацій Звіту "Гуманітарні Наслідки Аварії на Чорнобильській АЕС: Стратегія Відродження", ініційованого агенціями ООН в лютому 2002 року. ЧПВР є третьою фазою Чорнобильської програми ООН, яка діяла в 1999-2002 роках. Метою діяльності ЧПВР є підтримка зусиль Уряду України щодо подолання довготермінових соціальних, економічних і екологічних наслідків Чорнобильської катастрофи, створення більш сприятливих умов життя та забезпечення сталого людського розвитку в регіонах, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Завдяки партнерству з міжнародними організаціями, обласними та районними державними

адміністраціями, сільськими радами, науковими установами, неурядовими організаціями і приватним бізнесом, ЧПВР надає підтримку громадам у реалізації їхніх ініціатив з економічного, соціального розвитку та відродження довкілля, а також сприяє поширенню інформації про Чорнобильську катастрофу в Україні та за її межами. Для досягнення своєї мети ЧПВР працює за такими напрямками: *Сприяння вдосконаленню державної політики* – підтримка законодавчих змін й інноваційних стратегій щодо подолання наслідків Чорнобильської катастрофи, які, в свою чергу, спрямовані на забезпечення сталого розвитку постраждалих регіонів, безпечного проживання та всебічного інформування населення. *Самоорганізація та розвиток громад* – допомога громадам у самоорганізації та самоуправлінні, підвищенні їхнього потенціалу щодо реалізації власних пріоритетних програм соціального, економічного, екологічного відродження та розвитку. *Інституційна підтримка* – зміцнення та розвиток системи інституційної підтримки, яка передбачає розширення інституційних можливостей, зміцнення потенціалу організацій та установ, що мають сприяти соціально-економічному розвитку та екологічному відродженню Чорнобильських регіонів. ЧПВР працює в чотирьох найбільш постраждалих від Чорнобильської катастрофи областях України: Київській, Житомирській, Чернігівській та Рівненській, де діяльність поширюється на 17 районів: Бородянський, Іванківський, Києво-Святошинський, Макарівський, Поліський (Київська обл.); Брусилівський, Ємільчинський, Коростенський, Лугинський, Овруцький, Олевський, Народицький (Житомирська обл.); Чернігівський, Ріпкинський (Чернігівська обл.), Дубровицький, Зарічненський та Рокитнівський (Рівненська обл.). Підхід ЧПВР, орієнтований на розвиток громад, не тільки почав змінювати відношення членів громад до власного життя, але й викликав інтерес і підтримку міжнародної спільноти. На сьогодні ЧПВР акумулює фінансові внески на суму понад 3,5 млн. дол. США. Серед донорів: Фонд довіри заради людської безпеки ООН / Уряд Японії; Канадське агентство з міжнародного розвитку / Уряд Канади; Швейцарське агентство з співпраці та розвитку / Уряд Швейцарії; Спеціальний фонд волонтерства ООН; Програма розвитку ООН – 581 тис. дол. США; Офіс з координації гуманітарних питань ООН – 110 тис. дол. США. Основними досягненнями ЧПВР є: сприяння вдосконаленню національних програм з подолання наслідків Чорнобильської катастрофи (дослідження, круглі столи, конференції, залучення до діалогу національних та міжнародних партнерів ЧПВР).

Надання консультативної підтримки Уряду щодо питань подолання наслідків аварії, проведення аналітичних досліджень. Втілення принципу “Громади і влада: партнери з питань відродження та розвитку”. На грудень 2005 року створено і діють більше 200 організацій громад (ОГ) у 139 селах (близько 20 тис. членів), які вирішують нагальні соціально-економічні проблеми сіл: відбудова водопроводів та газифікація, реконструкція шкіл, лазень, ФАПів, амбулаторій, створення молодіжних, громадських та побутово-сервісних центрів, тощо. За 2004-2005 роки громадами реалізовано більше 100 проектів відродження та розвитку на загальну суму більше 9 млн. грн, з них понад 3 млн. грн - внесок ЧПВР. Тобто, ОГ вдалося мобілізувати значні фінансові ресурси для втілення власних проектів. У середньому на виконання одного проекту ОГ вносить 20% коштів від загальної вартості, місцеві сільські та районні адміністрації – 40% , ЧПВР – 31%, інші спонсори – 9%. Проведено низку тренінгів з питань організації діяльності ОГ, лідерства, медико-профілактичних заходів, підготовки та управління проектами, місцевого економічного розвитку та планування. В 2005 році в цих тренінгах взяло участь біля 4 тис. осіб, включаючи представників місцевої виконавчої влади та самоуправління. Надано медичне обладнання для більше ніж 20 сільських фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП). Надано підтримку для створення молодіжних центрів в 24 селах, а для 6 з них надано техніку для створення комп'ютерних центрів. В двох сільських школах (Першотравневе Овруцького р-ну та Пакуль Чернігівського р-ну) успішно реалізуються проекти із створення Інтернет-центрів та веб-сайтів. 41 громада отримала та успішно реалізувала гранти для розроблення бізнес-планів, економічного та бізнес навчання, реєстрації нового бізнесу, тощо на загальну суму 72 тис. доларів США. Надано гранти для розвитку діяльності Агенцій місцевого економічного розвитку в 3-х районах Житомирської області (Брусилів, Коростень, Овруч) та 2 районах Київської області (Бородянка та Іванків). Започатковано роботу Чорнобильського форуму економічного розвитку як платформи для вироблення стратегії стійкого економічного розвитку територій, залучення інвестицій в регіон, створення умов для партнерства бізнесу і влади задля відродження та розвитку постраждалих територій. В співробітництві з провідними науковими установами розроблено та розповсюджується серед населення інформаційні матеріали (брошури, буклети, плакати, CD – всього близько 20 найменувань) щодо наслідків аварії на ЧАЕС та умов безпечного проживання на забрудненій території. Проведено низку тренінгів

для вчителів та медичних працівників з питань радіаційної безпеки та здорового способу життя.

ІНВАЛІДНІСТЬ В УКРАЇНІ У ЗВ'ЯЗКУ З АВАРІЄЮ НА ЧАЕС

А.В. Інатюк, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

З 1992 року до 2001 року в Україні інвалідами у зв'язку з аварією на ЧАЕС щорічно визнавали первинно більше 7 тисяч осіб, та ще біля двох тисяч осіб, які раніше були визнані інвалідами від загального захворювання, змінюють у наступному році причину інвалідності на зв'язок з аварією на ЧАЕС після встановлення міжвідомчими регіональними експертними комісіями зв'язку їх захворювання з впливом наслідків аварії на ЧАЕС. Тому щорічно у 10 тис. осіб з числа дорослого населення інвалідність була пов'язана з аварією на ЧАЕС. До 2001 року в інвалідності у зв'язку з аварією на ЧАЕС переважну частину становили учасники ліквідації наслідків аварії: у 1992 р. – 76,3%, у 2000 р. – 51,6%. Потім кількість первинно визнаних інвалідами з них почала поступово зменшуватися та становить у 2005 р. 39,6% від загальної кількості первинних інвалідів у зв'язку з аварією на ЧАЕС. Відбувалося це тому, що поперше через високу смертність в попередні роки, почала зменшуватися кількість хворих учасників ліквідації аварії, яким вперше встановлювали діагноз інвалідизуючого захворювання. По-друге, за цей час вже були визнані інвалідами до 30% від загального числа ліквідаторів. У структурі первинної інвалідності у зв'язку з аварією на ЧАЕС за групами обліку кількість інвалідів з числа потерпілого населення поступово зростала – з 23,7% у 1992 р. до 60,4% у 2005 р. Змінилася нозологічна структура первинної інвалідності у зв'язку з аварією на ЧАЕС. Переважну частину первинної інвалідності 15 років тому склали інваліди внаслідок хвороб системи кровообігу (39,0%, у тому числі від гіпертонічної хвороби – 19,7%, ішемічної хвороби серця – 9,2%, цереброваскулярних захворювань – 4,6%), хвороб нервової системи (32,3%, у тому числі вегетативно-судинна дистонія – 16,5%), хвороб органів травлення (9,0%). У структурі первинної інвалідності чорнобильського контингенту з 2001 року перше місце посідають новоутворення, на які у 2005 р. припадає 53,3%. За період 1992-2005 рр. інвалідність чорнобильців внаслідок новоутворень зросла майже у 4 рази. В інвалідності внаслідок злоякісних новоутворень перше місце посідають онкологічні захворювання органів травлення, дихання, щитоподібної залози. Друге місце в первинній інвалідності чорнобильців посідають

хвороби системи кровообігу, на які у 2005 р. припадає 32,5%, серед них тепер переважають цереброваскулярні хвороби (інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія) – 41,4%, ішемічна хвороба серця – 27,7%, гіпертонічна хвороба – 26,9%. Ця інвалідність має вплив на первинну інвалідність з цих класів хвороб в областях, населення яких потерпіло від аварії на ЧАЕС. Із загального числа пенсіонерів в Україні учасників ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС та потерпілих від Чорнобильської катастрофи перебувало на обліку в Пенсійному Фонді на 01.01.2005 р. пенсіонерів за інвалідністю 148199 осіб. Така кількість накопичених інвалідів серед чорнобильського контингенту підкреслює необхідність реабілітації таких інвалідів та для профілактики інвалідності – диспансеризації та оздоровлення усього чорнобильського контингенту і проведення заходів з мінімізації впливу наслідків аварії.

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЕРЕД ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ В П'ЯТИ ОБЛАСТЯХ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Кіщера Н.І.¹, Шпарик Я.В.², Гнатейко О.З.¹, Ковальчук І.В.³, Тріль О.В.³, Андрусенко О.П.⁴, Романчук В.Р.⁵, Бабанли Ш.Р.⁶, Гонца А.О.⁷

1- Інститут спадкової патології АМН України, м.Львів

2- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

3- Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

4- Волинський обласний онкологічний диспансер

5- Івано-Франківський обласний онкологічний диспансер

6- Тернопільський обласний онкологічний диспансер

7- Чернівецький обласний онкологічний диспансер

Проведені на сьогодні дослідження не вказують на безпосередній зв'язок збільшення частоти злоякісних пухлин, крім раку щитовидної залози, із аварією на ЧАЕС. Це пов'язано із малим проміжком часу, що пройшов із моменту закінчення теоретичного мінімального латентного періоду, недостатньою тривалістю життя опромінених популяцій і, ймовірно, особливостями процесів канцерогенезу при хронічному опроміненні в малих дозах. В той же час спостерігається "омолодіння" злоякісних пухлин. За матеріалами бази даних канцерреєстрів Волинської, Івано-Франківської, Львівської, Тернопільської та Чернівецької областей був проведений аналіз випадків злоякісних пухлин (шифр с00 – с99 за МКХ–Х перегляду) у молодих людей до 34 років (1963 - 2004 років народження), діагностованих у

1997-2004 рр. У Волинській області встановлено 959 випадків злоякісних пухлин (ЗП) серед молодих людей до 34 років за 1997-2004 рр. ($21,9 \pm 0,6$ на 100 000 населення). За цей період найнижчі показники частоти цієї патології спостерігалися у Шацькому районі ($14,4 \pm 2,5$ на 100 000 населення), а найвищі – у Луцькому і Рожищенському районах ($30,2 \pm 2,4$ на 100 000 населення), хоча не виявлено достовірної різниці у порівнянні з частотою по області ($P > 0,05$). Частота ЗП у молодих людей до 34-ох років у місті Івано-Франківську та районах Івано-Франківської області за 1997–2004 роки становила $20,9 \pm 0,7$ на 100 000 населення (1156 випадків). Найнижчі показники частоти ЗП у людей до 34-ох років у районах Івано-Франківської області за цей 8 – річний період спостерігалися у Тлумачському ($13,8 \pm 1,6$ на 100 000 населення) районі, а найвищі – в м. Яремче ($27,7 \pm 4,7$) та у Верховинському районі ($25,5 \pm 2,7$ на 100 000 населення), хоча не виявлено достовірної різниці у порівнянні з частотою по області ($P > 0,05$). У Тернопільській області виявлено 947 випадків ЗП у молоді ($21,6 \pm 0,8$ на 100 000 населення). За цей період найнижчі показники частоти цієї патології зафіксовані у Козівському і Зборівському районах ($16,1 \pm 1,3$ та $16,4 \pm 1,1$ на 100 000 населення відповідно), а найвищі – у Підволочиському ($28,5 \pm 1,7$ на 100 000 населення), хоча не виявлено достовірної різниці у порівнянні з частотою по області ($P > 0,05$). У Чернівецькій області частота (ЗП) серед молодих людей до 34 років за 1997-2004 рр. складала $20,1 \pm 0,8$ на 100 000 населення (766 випадків). За цей період найнижчі показники частоти цієї патології спостерігалися у Вижицькому ($14,0 \pm 1,1$ на 100 000 населення) районі, а найвищі – у Сокирянському ($30,3 \pm 2,7$ на 100 000 населення), що мало достовірну різницю ($P < 0,05$) у порівнянні з частотою злоякісних пухлин у людей до 34-ти років у місті Чернівцях та районах Чернівецької області за 1997-2004 рр. Серед п'яти вказаних областей у Львівській області частота ЗП серед людей до 34 років за 1997-2004 рр. була найбільшою і складала $23,9 \pm 0,3$ на 100 000 населення (2465 випадків). За цей період найнижчі показники частоти цієї патології виявлені у Мостиському районі ($17,7 \pm 1,1$ на 100 000 населення), а найвищі – у Перемишлянському ($31,7 \pm 3,3$ на 100 000 населення). За досліджуваний період у всіх областях коливання частоти цієї патології у різні роки мало хвилеподібний характер. Оскільки кожна область характеризується різними за радіоактивним рівнем забруднення населеними пунктами, географічними й кліматичними умовами, фізичними і хімічними чинниками, викидами промислових підприємств та автотранспорту, то

вивчення поширеності злоякісних пухлин у людей молодого віку дозволить проводити профілактичні заходи, вчасно виявляти та здійснювати ранню діагностику цієї патології.

ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА - ЯК ФАКТОР РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

*Кравченко А.М., Полусмак В.А., Чміленко Н.М.
Військово-медичне управління СБ України,
м. Київ, вул. Липська, 11.*

На сьогодні, накопичується все більше фактів про негативний вплив Чорнобильської катастрофи з її радіаційним, токсичним, стресовим факторами на захворюваність в класі хвороб системи кровообігу. Нами проведено аналіз серцево-судинної патології у 1435 військовослужбовців-учасників ліквідації аварії на ЧАЕС (ВС-УЛА), які знаходяться на обліку у Реєстрі СБ України, 80 % з яких приймали участь у ліквідації наслідків аварії у 1986 році. Середній вік у 1985 р. складав $37,3 \pm 0,2$ р., у 2005 р. - $55,2 \pm 0,2$ р. Середня доза опромінення по групі $5,2 \pm 0,3$ сЗв. Результати порівнювались з показниками контрольної групи військовослужбовців, які не приймали участі у ліквідації наслідків Чорнобильської аварії. Показники загальної захворюваності есенціальною гіпертензією на протязі після-аварійного періоду та даних 3-разового вимірювання АТ серед УЛА на ЧАЕС свідчать про те, що поширеність по класу хвороб системи кровообігу (ХСК) і гіпертонічній хворобі (ГХ) в цій категорії суттєво перевищує аналогічний показник в групі контролю. Так, у порівнянні з 1985 р. у 2005 р. загальна захворюваність по класу ХСК серед ВС-УЛА зросла в 4,3 рази і складала $592,7\%$, по ГХ (всі форми) у 15,6 разів – $316,7\%$. Серед ВС контрольної групи ці показники також зросли відносно 1985 р. відповідно в 1,5; 2,1; 8,4 рази. Темпи росту загальної захворюваності по класу ХСК у ВС-УЛА майже в 2,1, а по ГХ – в 1,8 рази перевищували показник контрольної групи. У 2005 р. в структурі захворюваності ХСК перейшли з четвертого (у 1985 р.) на друге місце, як в основній, так і в контрольній групах. Через 20 років після аварії у групі ВС-УЛА з дозою опромінення ≥ 25 сЗв показники загальної захворюваності по класу ХСК зросли у 5,4 рази, по ГХ - більше, ніж в 26 разів. Вивчення основних функціональних та органічних змін серед гіпертоніків основної та контрольної групи співпадають з даними літератури про більш високі показники маси міокарда у ВС-УЛА на ЧАЕС. Порівнюючи середні рівні лабораторно-інструментальних показників серед хворих на ГХ в групах УЛА і контролю, середні рівні холестерину, беталіпопротеїдів та інших показників в обох групах, суттєво перевищують норму і дещо вищі

серед УЛА, але ця різниця між групами недостовірна ($p > 0,05$). Достовірно більшою виявилась товщина задньої стінки лівого шлуночка серед гіпертоників – УЛА порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Таким чином, за нашими даними Чорнобильська катастрофа може розглядатися, як значимий, немодифікований фактор ризику серцево-судинних захворювань. Розробка чіткої стратегії по первинній і вторинній профілактиці ускладнень є важливим завданням для закладів охорони здоров'я первинної ланки. Впровадження такої стратегії дозволить пом'якшити віддалені медичні наслідки аварії на ЧАЕС.

ДИЗОНТОГЕНЕЗ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ МОЛОДОЇ ЛЮДИНИ ЯК НАСЛІДОК УЧАСТІ БАТЬКА В ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Маркова М.В.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Мета роботи – вивчення особливостей статевого розвитку сучасної молоді. Методика проведення дослідження. Методом випадкової вибірки за умови інформованої згоди обстежено 450 осіб – студентів віком від 16 до 21 років, які навчалися на I курсі різних вузів м. Києва. Середній вік досліджених – $17,8 \pm 2,7$ %, них 54 % (243 особи) жінки; кількість юнаків – 46 % (207 осіб). Для оцінки становлення сексуальності та вивчення особливостей статевого розвитку з позицій системного підходу з урахуванням багатомірності його забезпечення на основі принципів класичного сексологічного обстеження нами була розроблена уніфікована карта, до якої увійшли наступні блоки: анамнестичний, сексологічний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний із відповідним діагностичним інструментарієм. Результати. Виявлені наступні форми дизонтогенетичного статевого розвитку сучасної студентської молоді: а) порушення темпів соматостатевого розвитку (прискорення, гальмування); б) передчасний психосексуальний розвиток або його соматогенна, психогенна чи соціогенна ретардація; в) наявність сполучених або складних асинхроній статевого дозрівання. При цьому прості асинхронії соматосексуального розвитку мали місце у $14 \pm 2,8$ % юнаків та $10 \pm 2,4$ % дівчат; прості асинхронії психосексуального розвитку – у $6 \pm 2,1$ % юнаків та $4 \pm 2,8$ % дівчат; сполучені асинхронії психосексуального розвитку зустрічалися у $38 \pm 2,8$ % юнаків та $58 \pm 2,7$ % дівчат; складні асинхронії статевого розвитку – $49 \pm 4,2$ % юнаків та $41 \pm 3,6$ % дівчат. Треба зазначити, що серед осіб із прискоренням статевого розвитку питомо вагу

склали молоді люди, чий батькі (до їх народження) брали безпосередню участь у ліквідації аварії на ЧАЕС (серед нащадків ліквідаторів такі особи склали 62 %, а серед іншої кількості обстежених – 37 %). Заключення. Отримані дані свідчать про наявність впливу чинника участі батька у ліквідації аварії на ЧАЕС на виникнення дизонтогенетичного статевого розвитку у дитини. На нашу думку, це повинно враховуватись фахівцями при роботі з вищезазначеним контингентом щодо превенції можливого формування порушень сексуальної поведінки у даної категорії молоді.

TWENTY-YEAR HISTORY OF THE CHERNOBYL AFTERMATH

Dr. Zenon Matkiwsky

*Children of Chernobyl relief and development fund
Short Hills, New Jersey (USA)*

З усім горем і нещастям, яке принесла Чорнобильська катастрофа, вона також надала усьому світу унікальну можливість довідатись про наслідки для здоров'я великих доз радіаційного опромінення. За останніх 20 років світові науково-дослідні організації втратили цю можливість, оскільки поклалися на дані, надані Радянським урядом, причому заздалегідь було відомо про недостовірність цих даних. Ми повинні намагатися змінити цю тенденцію. Ми також повинні врятувати життя тисяч дітей, які страждають від тяжких недуг, і не важливо, чи вони пов'язні з Чорнобилем, чи ні. Нашою головною метою повинно бути зміцнення медичної інфраструктури країн, які найбільш постраждали від Чорнобиля, і збільшення їхніх можливостей успішного лікування дітей, а також запобігання вродженим вадам і інвалідності. Чорнобиль послужив важливим каталізатором для демократичних процесів і реформ, і у результаті допровадив до розпаду Радянського Союзу. Чорнобиль також прискорив модернізацію і відновлення медичної системи України. Ми можемо бачити, як навіть скромні інвестиції у нові медичні технології і навчання лікарів дають значні ефекти у якості лікування у багатьох лікарнях, де можливості лікування були ні рівні 40-60 років позаду Західних медичних стандартів. Національна Академія Наук у своєму рапорті Біологічних Ефектів Іонізуючої Радіації (БЕІР) констатує, що немає безпечної дози радіації. Навіть невеличка частинка Плутонію, яка потрапила у легені, може спричинити рак пізніше. Кількість радіації, яка була викинута після Чорнобиля, аж ніяк не була малою – понад 185 мільйонів кюрі на території України, Білорусі і більшої частини Східної і Північної Європи. За деякими порівняннями, це було рівнозначно 270 – ми бомбам Хіросіми. Не забуваймо, що перші

рапорти про підвищений рівень радіації прийшли зі Швеції, що розташована понад 2000 км на північ від зони лиха. Рапорти показують, що навіть у таких віддалених районах, як Ірландія, Уельс, Південна Провінція, зріс рівень раку, і урядовці, відповідальні за охорону здоров'я, змушені були ввести обмеження на молочні продукти, гриби, ягоди і інші продукти, які містили високі дози радіації, аж до 1998 року. Сьогодні усі погоджуються з фактом, що викиди йодину 131 призвели до епідемії раку щитовидної залози у дітей і дорослих. Нам відомо про 9000 дітей в Україні, у яких діагностовано передраковий стан щитовидної залози. Протягом останніх чотирьох років американські і українські генетики досліджували стан понад 104,000 новонароджених дітей у Рівненській і Волинській областях, які отримали велику кількість опромінення після Чорнобиля. У чотири рази зросла кількість розщеплення хребта у дітей. Також зросла кількість випадків синдрому Дауна і мікроцефалії, а також таких вроджених вад, як : катаракта, деформовані і відсутні кінцівки і тд. Науковці удokumentували і сфотографували ці випадки і створили реєстр вроджених вад в Україні. 2500 дітей з катарактами було зареєстровано в останні роки. У 2001 році кількість катаракт зросла удвічі в порівнянні з 1993 роком. Минулого року 423 дитини було зареєстровано з катарактами. Ось ще один доказ того, що Чорнобиль став винуватцем багатьох хворіб і вроджених вад. Команда науковців з Ізраїлю і України досліджувала зразки тканин у дітей чорнобильських ліквідаторів. Поміж їхніх дітей дослідники виявили семикратне збільшення хромосомних пошкодження у порівнянні з їхніми братами і сестрами, що народилися до трагедії. Ці хромосомні пошкодження можуть вплинути не тільки на це покоління, але також на їхніх дітей, так званих «Онуків Чорнобиля». Дослідження, профінансоване Офісом Дослідження Морських Сил США виявило значно збільшений ризик захворювання на лейкемію, особливо гостру лімфобластну лейкемію у дітей з радіаційно забруднених територій Рівненщини та Житомирщини, після випадку на Чорнобильській АЕС. Ці дані були вдвічі вищі ніж для Полтавської області, яка мала найвищі рівні дитячої лейкемії в Україні до 1986 року. Дослідження Інституту Педіатрії, Акушерства та Гінекології у Києві знайшли сліди радіоактивного цезію та стронцію в плацентах та грудному молоці жінок, які було опромінено радіацією, та також у молочних зубах та плацентах дітей які народилися мертві. Є доказ що цезій й стронцій абсорбуються у кістках малих дітей, а це може спричинити остеомалахію та

остеофіброз. Такі хвороби зазвичай не виникають у дітей. Ми сподіваємося, що не виникне збільшення кількості ракових захворювань, тому що Україна не готова до такої епідемії. У цей же час, ми очікуємо гіршого і докладаємо всіх зусиль, щоб відбудувати українську медичну інфраструктуру, яка була жахливо запущена у радянські часи. За останні 16 років ФДРДЧ доставили медичних засобів і сучасного обладнання на суму понад 55 млн. доларів до наших партнерських лікарень в Україні. На початку 90-х років ми відкрили першу в Україні Дитячу Спеціалізовану Лікарню для лікування онкологічних захворювань, а також установив сучасну лабораторію, яка була визнана однією з найкращих в Європі. Ця львівська лікарня досягла високих показників ремісії, які можна порівняти з найкращими у Західних лікарнях. ФДРДЧ встановив систему магнітного резонансу у Київській лікарні швидкої допомоги, яка забезпечила обстеження для більш як 11,000 пацієнтів. З огляду на збільшення дитячої смертності в Україні, ми обладнали 20 зразкових неонатологічних відділень у дитячих лікарнях і пологових будинках. Після впровадження цих нових технологій і тренінгів лікарів, багато з цих лікарень досягли неймовірного зниження дитячої смертності, навіть при збільшенні кількості пацієнтів, а також змогли лікувати набагато складніші патології. Варто зазначити, що до 1990 року такої програми, як неонатологія не існувало в Україні. Діти, що народились з вагою, менше 1 кілограма, були трактовані як мертвонароджені, бо лікарі не мали можливості лікувати їх. Ці смерті ніколи не були відображені у Національній Статистичній смертей, і ми ніколи не довідаємося про кількість новонароджених, які померли в результаті вроджених вад і ускладнень в той час. Сьогодні дитяча смертність в Україні утримується на рівні 24 на тисячу новонароджених, все ж втричі більше ніж у США, але рівень у наших партнерських лікарнях, де ми встановили сучасне обладнання, є вдвічі менший. Крім забезпечення нових технологій і медичних засобів, ФДРДЧ також організовує національні і регіональні конференції з неонатології, дитячої кардіохірургії, гематології, онкології і ендокринології. Ми сподіваємося, що вплив Чорнобиля буде менший відчутний, ніж ми сподіваємося. Ми рішуче хочемо шукати правду і продовжувати рятувати життя українським дітям. Ми запрошуємо усіх зацікавлених приєднатися до нас і підтримати нашу роботу, тому що наша мета є варта кожної краплі енергії, яку ми в неї вкладаємо.

**РАДІОЕКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ І СТАН
ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ В УКРАЇНІ
ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ
КАТАСТРОФИ НА ПОРОЗІ ТРЕТЬОГО
ДЕСЯТИРІЧЧЯ**

Омельянець М.І.

*Національна комісія з радіаційного захисту
населення України
Київ, Україна*

Відповідно до існуючих у колишньому СРСР аварійних критеріїв, у 1986 р. в Україні до радіоактивно забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС було віднесено 5 районів Житомирської і Київської областей і на кінець 1987 р. на облік в медичних установах було взято 264587 опромінених осіб. З переходом на національні критерії (1991 р.) радіоактивно забрудненими було визнано 2293 населених пункти, 73 адміністративних райони і 12 областей. Забруднені території було розподілено на 4 зони із встановленням їх меж. За минулі роки рівень радіоактивного забруднення і дози опромінення населення зменшилися. Станом на початок 2005 р. в 1511 поселеннях річні дози опромінення менші 0,5 мЗв, в 410 – 0,5-1,0 мЗв, в 202 – 1,-5,0 мЗв при критерії 1 мЗв. Перші з них можуть бути виключені із переліку радіоактивно забруднених, другі – переведені до зони посиленого радіоекологічного контролю, треті – віднесені до зони гарантованого добровільного відселення. За даними МОЗ України, у 2005 р. найбільше перевищення допустимих рівнів вмісту радіоцезію у молоці приватного сектору й м'ясі відзначається у Волинській, Житомирській, Київській, Рівненській, Чернігівській областях (від 1,1 до 70,8 %). Тобто, за радіоекологічним станом заходи протирадіаційного захисту ще необхідно здійснювати в біля 600 населених пунктах. Найбільшу кількість постраждалих внаслідок катастрофи – 3364475 осіб було зареєстровано у 1998 р. Станом на 1 січня 2006 р. постраждалими в країні ще є 2594071 громадян, у складі яких 106824 інвалідів і хворих у зв'язку з катастрофою та 617660 дітей у віці до 14 років. Стан здоров'я постраждалих за роки після катастрофи поступово погіршується. За результатами щорічної диспансеризації, на початок 2006 р. визнано хворими 95,3 % ліквідаторів аварії та 79,8 % дітей. Кількість дітей-інвалідів серед постраждалих у 4 рази перевищує середньопопуляційний рівень. Станом на початок 2005 р. смертність всіх груп постраждалих склала 16,1 %, дорослих жителів радіоактивно забруднених територій - 21,7 %, евакуйованих - 11,5 % при смертності населення країни 16,0 %. Смертність ліквідаторів аварії досягла 16,6 %. За 1999-2004 рр. рівень їх смертності статистично

вірогідно перевищував смертність осіб працездатного віку із населення ($t = 9,6$), а за 1999-2004 рр. - смертність осіб працездатного віку чоловічої статі із населення ($t = 5,62$). Єдиним позитивним показником є зниження смертності постраждалих дітей. Наведені дані свідчать, що в третьому десятиріччі масштаби і рівні радіоактивного забруднення залишаються ще значними. За прогнозними розрахунками очікується погіршення здоров'я ліквідаторів аварії і жителів забруднених територій. Більше ніж 2 мільйони постраждалих ще будуть піддаватися хронічному опроміненню малими дозами радіації. Вирішення існуючих проблем буде забезпечуватися заходами Загальнодержавної програми подолання наслідків Чорнобильської катастрофи на 2006-2010 роки, затвердженої Верховною Радою України 14.03.2006 р.

РОЗІРВАТИ КІЛЬЦЕ ЧОРОБИЛЯ

Н.Ю.Преображенська

*Благодійний фонд спасіння дітей України від
Чорнобильської катастрофи
Україна Київ*

Глобальна Чорнобильська катастрофа, наслідки якої будуть давати знати про себе сотні тисяч років, з епіцентром в Україні не має аналогів в історії людства. Брехливе приховування Комуністичною партією СРСР правди про катастрофу 26 квітня 1986 року на 4-ому блоці Чорнобильської атомної станції, боягузтво високих чиновників України та дезінформація населення, бомбування аморальними медиками народу "радіофобією" привело до народного вибуху недовіри до урядових структур. За великим рахунком розпад СРСР почався саме з чорнобильської брехні. Применшування значення Чорнобильської катастрофи в світовому масштабі почалось з зацікавлених висновків першого проекту-звіту МАГАТЕ в 1991 році та мовчазної згоди з цими висновками як у Москві, так і в Україні. Цьому сприяв і невідомий до недавніх пір для широких кіл договір між МАГАТЕ та ВООЗ від 1959 року про нерозповсюдження даних про наслідки аварій на АЕС на здоров'я людей, якщо ці дані будуть суперечити інтересам МАГАТЕ. Звіт ООН 2002 року знову зробив акцент на психологічному стресі, а не на тяжких медичних наслідках. Але жажливі цифри прооперованих з приводу раку щитовидної залози тільки у дітей – більше 3000 - України змусили ООН визнати Чорнобильську катастрофу причиною цього захворювання. Результати третього Звіту ООН викликають обурення некомпетентністю тих 100 експертів, які були запрошені для надання висновків, фактично фальсифікуючи їх. Насадження громадськості думки про безпечність

атомної енергетики, про подальший її розвиток у світі та одержанні великих коштів на її потреби – ось мета МАГАТЕ. А після того, як вартість захоронення радіоактивних відходів зростає у 100 разів і АЕС стали нерентабельними, міжнародні атомні концерни зіткнулися з відсутністю замовлень на нові блоки. Ось МАГАТЕ под прикриттям ООН і повторює стару брехню про безпечність малих доз радіації. В пресі навіть з'явився вислів „ООН втомилася від Чорнобиля”. Гуманітарна допомога від світового товариства була щирою допомогою людей, які розуміли рівень катастрофи. Потерпілі від наслідків “мирного” атома повірили, що вони не самотні, що міжнародне товариство зацікавлене в допомозі їм. Це був перший поштовх віри в майбутнє абсолютно незахищених людей. У значній мірі радіоактивне забруднення навколишнього середовища і згубний вплив внутрішнього опромінення продуктами харчування відбивається на здоров'ї людини (майже 90% дози радіаційного опромінення на забрудненій радіонуклідами території обумовлено внутрішнім опроміненням). Особливо страждає сільське населення, зменшується і народжуваність, скорочується тривалість життя. Необхідно **практичне** поліпшення соціальних умов (економічних, медичних, культурних, духовних) особливо дітей з генетичними пошкодженнями, народжених від батьків, які постраждали від опромінення в дитячому віці. Не можна продовжувати політику “радіофобії” в Україні, хоч і замінили її на науковий вираз “соціально-психологічне” становище. Адже хворі новонароджені діти, рослини та тварини не знайомі з “радіофобією”. Це “фахівці” ООН і ЮНІСЕФ намагаються стерти з пам'яті світового товариства термін “жертви Чорнобиля” і перетворити їх в утриманців. Необхідно визнати, що **Україна живе не після, а під час Чорнобильської катастрофи**. Мало кому відомі дані про медичні наслідки експлуатації АЕС в нормальному режимі. Доведено збільшення кількості мертвонароджених телят, а також самоабортів у корів і свиней, падежу скота в прилеглих до ЧАЕС районах Київської області, що співпадало з датами пуску нових блоків в 1977, 1978, 1981 і 1983 роках та аварії в 1982 році. Це дає підставу зробити висновок про те, що радіаційне забруднення відбувається не тільки внаслідок аварії, але і під час режимної роботи АЕС. Будь яка доза, відмінна від нуля, якою б малою вона не була, є канцерогенною і генетично небезпечною – такий висновок був зроблений за два роки до Чорнобильської катастрофи в журналі Міністерства охорони здоров'я колишнього СРСР. 27 травня 1986 року Міністерство охорони здоров'я

направило в відділі охорони здоров'я по Україні засекречений лист з категоричною заборонаю приводити відкритим текстом в медичній документації дозу опромінення дітей. Ні для кого не секрет, що перші амбулаторні картки постраждалих переписувались, а молоді люди-ліквідатори, що працювали в перші дні на роботах біля руїн четвертого блоку так і не дочекались розшифрування своїх „рентгенонакопичувачів”. Ось хто підготував базу для брехні на весь світ про незначні медичні наслідки Чорнобильської катастрофи для висновків експертів в Відні по останньому Чорнобильському Форуму-2005. І сьогодні Україні вже переглядає старі методики перерахунку доз як це зроблено в Росії та Білорусії, а також проводиться постійно в Японії. Особливо важливо знати індивідуальні дози, це важко, коштовно, але можливо. Світове товариство мусить прислухатись до цих даних і провести комплексне еколого-генетичне дослідження стану здоров'я біосфери довкола працюючих АЕС в своїх країнах. Адже чорнобильські радіонукліди за два тижня залишили свої візитні картки далеко не з малими дозами по всій планеті. В Японії в місті Осака 19 травня 1986 року в молоці матері-годувальниці були знайдені чорнобильські радіонукліди. Необхідно відмітити ґрунтовно підготовлений до 20 роковини Чорнобильської катастрофи прес-реліз Міністерства охорони здоров'я України. Якщо тільки цей прес-реліз послужить Міністерству за основу для прийняття на кінець-то єдиної Програми допомоги населенню України в подоланні наростаючої кількості широкого класу хвороб, і Мінохорони здоров'я України не буде вклонятися перед Мінфіном України, а надасть справжню картину вимирання народу України, то тоді може і сильні світу цього звернуть увагу на мешканців забруднених територій, на дітей, народжених від батьків опромінених в дитячому віці, і таки направлять увагу, кошти і, насамперед, організацію Українського дитячого курорту в Східниці, про що вже давно є Постанова Кабінету Міністрів України. Необхідно створити дитяче медичне містечко не дець за містом, йдучи на поводу у товстосумів, зацікавлених в землі в центрі міста, а на території лікарні „Охматдит”. Це буде корисна, логічна і дієва робота в справі врятування маленьких пацієнтів. І Мінохорони здоров'я України в першу чергу має бути в цьому зацікавленим і бути справжнім охоронцем здоров'я дітей і молоді і сьогодні і майбутнього нашої держави – України. Концепція ж нашого Фонду та програма - комплексна допомога населенню забруднених радіонуклідами територій в **інформаційному** (використання преси, радіо і телебачення), **просвітньому** (проведення шкільних

уроків, проведення лекцій, конференцій), **профілактичному** (медичне обстеження в першу чергу дітей та молоді, що мешкають до цього часу в забруднених районах, проблема чистих продуктів, оздоровлення влітку дітей в чистих регіонах) і **лікувальному** напрямках. Відсутність правди про Чорнобильську катастрофу призвело до чергового витку розвитку атомної енергетики. Вона ж створює проблему водного дефіциту, гальмує розвиток альтернативних напрямків енергозабезпечення та енергозбереження. Світове атомне лобі нав'язує міф про безальтернативність атомної енергетики. Атомна енергетика не вирішує енергетичної проблеми, вона її ще більше загострює, вимагаючи величезних ресурсів для свого розвитку. **Пропоную ООН скликати круглий стіл з запрошенням представників країн, де використовуються атомна енергетика, для обміну даними “ЗА” і “ПРОТИ” подальшого використання цієї форми енергії в одному і єдиному нашому домі – планеті Земля. Мають висловити свою думку фахівці – медики, екологи, економісти, соціологи, енергетики, юристи. Не можна політикам володарювати в науці, перетворивши найгуманнішу спеціальність в “політичну медицину”.** Цей пункт має бути зверненням до всіх урядів світу, бо, я вважаю, відношення до наслідків Чорнобильської катастрофи є індикатором людяності. І якщо світове товариство хоче вижити, якщо воно розуміє вкрай необхідну відмову від виробництва ядерної зброї, то перш за все, без усяких обмежень необхідно відмовитись від будівництва АЕС і від розробок уранових рудників. Потрібно **терміново** скликати Міжнародну конференцію по вирішенню проблем, що виникли в усьому світі з питань захоронення радіоактивних відходів. Потрібно ініціювати організацію при ООН Комітету не по питанням, а по відповідям – де і як захоронювати і утримувати радіоактивні відходи, що накопичились за час роботи АЕС в усьому світі. В Україні ж відсутня чітка концепція поводження з РАВ. І саме з цього було б починати ще до розгляду будівництва АЕС на території чорноземної України. Розгулявся випущений на волю джин брехні, що забирає здоров'я майбутніх поколінь. Потрібно вибратись з кола брудних медиків та сфальшованих науковців, брудних політиканів спільним, перш за все, зусиллям молоді, яка не отруєна брехнею. Нове тисячоліття мусить очистити Землю від диявольської енергетики, нові покоління не мусять доживати в радіоактивному звалищі. Аморально залишати вирішення цієї проблеми нашим дітям. Чорнобиль – це останнє попередження людству про те, що “мирного атома” не буває, сьогодні вже зруйнований міф про безпечність атомної енергетики. Проблема має

стосуватись одного питання – відповідальності держав за здоров'я та життя сьогоdnішнього та майбутнього поколінь, за Життя на Землі.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ НАСЕЛЕННЯ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ ТА ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ЧЕРЕЗ 20 РОКІВ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Прилипка В.А., Озерова Ю.Ю.

Науковий центр радіаційної медицини АМН України, м. Київ

Велика техногенна катастрофа, що відбулася 20 років тому на Чорнобильській АЕС, тягне за собою низку досі невирішених проблем: медичних, екологічних та соціально-психологічних. Останні являються довготривалими внаслідок ряду факторів: не вивірена та негнучка державна соціальна політика щодо ліквідації наслідків аварії, нехтування психологічними проблемами постраждалого населення, перебудова суспільства в цілому. Метою даного фрагмента дослідження стало визначення причинно-наслідкових зв'язків між основними чинниками чорнобильської катастрофи та соціальними чинниками умов життя населення, що мешкає на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ) та переселеного населення. Комплексне соціально-гігієнічне дослідження дає можливість підтвердити пріоритетність соціально-психологічних чинників умов життєдіяльності у формуванні здоров'я сільського працездатного населення. Визначено причинно-наслідкові зв'язки між фізичним станом здоров'я за самооцінками населення, психічним станом здоров'я та дією соціальних факторів. Відсутня тенденція до покращання здоров'я серед населення не лише через вплив наслідків аварії на ЧАЕС, а й в результаті погіршення матеріально-економічного стану населення. Встановлено наднизьку достатність основних сфер життєдіяльності для всіх груп респондентів; найнижчий рівень соціального самопочуття у переселеного населення в порівнянні з населенням РЗТ та умовно чистих територій; головне навантаження у загальній дисперсії показників соціального самопочуття займають матеріальна, рекреаційно-культурна, професійно-трудова сфери. Показники фізичного та психічного здоров'я вірогідно відрізняються у постраждалого населення та контрольної групи населення, стан здоров'я переселеного населення за загальним показником гірший в порівнянні із здоров'ям населення РЗТ та контрольної групи. Серед переселеного населення більша чисельність населення знаходиться на диспансерному обліку у порівнянні з населенням РЗТ. Серед переселенців цінність "здоров'я" стоїть

на першому місці в ієрархії базових життєвих цінностей та на відміну від інших категорій населення вона тісно пов'язана з настановами, що впливають на подальшу поведінку стосовно збереження здоров'я.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ: ПОГЛЯД ПАТОЛОГА

*Терещенко В.П., Дегтярьова Л.В., Сегеда Т.П.,
Іванова О.М., Бубело Г.О.*

*Інститут екологічної патології людини, м. Київ
Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН
України, м. Київ*

Принципова позиція патологів, які впродовж "післячорнобильського" періоду комплексно вивчали зміни в органах і тканинах постраждалих, полягає у наступному: Верифікація пов'язаності захворювань із впливом чинників аварії на ЧАЕС можлива при морфологічних дослідженнях. Нами розроблені і впроваджені у клінічну діяльність і навчальний процес конкретні критерії прижиттєвої і посмертної діагностики. "Чорнобильський" досвід має величезне значення для розвитку медико-біологічних знань загалом, що доведене нами на численних прикладах. У подоланні наслідків впливу чинників аварії на людський організм патогенетично обґрунтоване застосування ентеросорбентів, причому – не лише у медицині, а й у ветеринарії. Останнє необхідне для опосередкованого захисту мешканців радіаційно забруднених територій (через знезараження харчових продуктів).

ГЕНЕТИЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

*Тимченко О.І., Линчак О.В., Карташова С.С.,
Омельченко Е.М., Полька О.О., Поканевич Т.М.,
Горіна О.В., Приходько Т.А., Метенько О.Л.*

*Інститут гігієни та медичної екології ім.
О.М.Марзєєва*

З часу встановлення Г.Меллером пошкоджуючого впливу на генетичні структури іонізуюча радіація посідає особливе місце, в т.ч. і за кількістю людей, що знаходяться під ризиком: під вплив іонізуючого опромінення підпадають не тільки ті, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській атомній станції, а й особи, що отримують діагностичні і лікувальні процедури та опромінюються професійно. Основа ефектів іонізуючого опромінення в низьких дозах є реакції, що ініціюються вільнорадикальними процесами в мембранах цитоплазми і ядра. Вони можуть приводити до пошкодження вказаних структур і

ставати в т.ч. причиною чи умовою виникнення певних генетичних подій, які, в свою чергу, при ініціюванні в соматичних клітинах обумовлюють пухлинний процес або репродуктивну невдачу, якщо негативна реакція виникла в репродуктивній клітині. НКДАР ООН (2000) визнає можливість підвищення ризику смерті від деяких солідних пухлин, що можуть виникати при хронічній дії іонізуючого опромінення, але вважає недостатніми існуючі докази відносно зв'язку впливу радіаційного чинника і рівня репродуктивних втрат у населення. Питання залишається відкритим і потребує накопичення інформації. Вивчали можливість впливу іонізуючої радіації на ймовірність спонтанних абортів першої третини вагітності і вродженої патології серед новонароджених.. **Методи.** Розглядали випадки самовільних викиднів до 12 тижнів гестації (1442) серед бажаних вагітностей, випадки народження дітей з вродженою патологією (1004), випадки народження здорових доношених дітей (904) зареєстровані за спеціальною картою в системі генетичного моніторингу населення Київської області. За "Загальнодозиметричною паспортизацією населених пунктів України" (2000) визначали накопичені жінкою дози загального опромінення. При неможливості визначення дози випадки вилучалися з аналізу. Доза опромінення щитовидної залози визначалася за "Тиреодозиметричною паспортизацією" (2000) з врахуванням року народження та населеного пункту перебування особи в період аварії. Розраховували відношення шансів (OR) при 95% довірчих інтервалах (ДІ). В дослідженні не враховували природний радіоактивний фон, ступінь психологічної напруги населення, рівень доступу до медичної допомоги та її якість, характер харчування, величину шлюбної дистанції подружньої пари, що можуть впливати на вихід вагітності. Результати. Жінки, які проживають в радіоактивно забруднених населених пунктах і накопичили певну дозу загального опромінення, мають підвищений ризик виникнення у них самовільних викиднів порівняно з тими, хто проживав на радіоактивно чистій території (OR=1,36 при ДІ 1,14-1,63). Ризик був однаково підвищений у всіх групах спостереження. При проживанні в радіоактивно забруднених населених пунктах при накопиченні жінкою дози більше 5 мЗв у новонароджених також підвищується ймовірність виникнення щілини піднебіння (OR=5,79 при ДІ 1,50-23,93). Опромінення щитовидної залози в дозі більше 20 сГр підвищує ймовірність вроджених вад нервової системи у немовляти, навіть коли жінка проживає на "чистій" території. Але підвищення ймовірності народження дитини з синдромом Дауна, полі- та синдактилією

не виявлене. Паління, хронічні інфекційні захворювання жінки вдвічі підвищують ризик спонтанних викиднів, зв'язаний з іонізуючою радіацією. Фактором ризику залишається вік матері. Вищевикладене потребує посилення санітарно-гігієнічної пропаганди, створення у них мотивації до здорового способу життя. Наявні свідчення впливу вільних-радикального окислення на темп утворення мутацій роблять доцільним ширше застосування харчових продуктів з антиоксидантними, а від того антимуtagenними властивостями.

УРОКИ ЧОРНОБИЛЯ: ЗАГРОЗА ВІДТВОРЕННЮ ПОКОЛІНЬ

Тимченко О.І.

*Інститут гігієни та медичної екології АМН
України*

Пріоритет економічних цілей над екологічними проблемами привів існуючу нині цивілізацію до початку великомасштабної соціально-екологічної кризи. Одним із її проявів є Чорнобильська катастрофа, що містить в собі різноманітні загрози і несе попередження людському суспільству. Якщо навіть обмежитися тільки розглядом її можливих наслідків для здоров'я, то можна стверджувати, що аварія безсумнівно зашкодила здоров'ю всіх жителів нашої держави. Адже для ліквідації її наслідків були задіяні значні кошти, в т.ч. і відірвані від виконання програм в сфері охорони здоров'я. Психологічна травма внаслідок замовчування владою розмірів аварії також не сприяла розвитку здоров'я населення – відомо, що хронічний стрес підвищує ймовірність виникнення багатьох хвороб. Не підлягає сумніву негативний вплив аварії на здоров'я значних за розмірами контингентів ліквідаторів, дітей з опроміненою щитовидною залозою тощо. Чи здатне людство використати уроки, надані аварією і часом, що пройшов після неї? Концепція, розглянута Генеральною Асамблеєю ООН (1987) і прийнята в Ріо (1992), передбачає розвиток суспільства як сталий, тобто такий, “що задовольняє потреби нинішнього покоління, не ставлячи під загрозу можливості забезпечення потреб наступних генерацій”. Такі кроки міжнародної спільноти обнадіюють. Але чи з'являться на світ прийдешні покоління? Показано, що в умовах радіонуклідного забруднення територій здатність жінок народжувати дітей зменшується. Цей факт узгоджується з наявними знаннями відносно генетичної сутності та мінливості видів. Адже відомо, що види намагаються залишити свою генетичну програму незмінною, а випадки відхилення від неї підпадають під дію природного добору. Накопичення осіб з генетично обумовленими

відхиленнями від норми відбувається до певної межі, а потім популяція втрачає здатність до відтворення. Давайте ж дотримаємося побажання Генерального секретаря ООН Кофі Аннана та “не будемо марно витрачати час і зробимо те, що вже давно треба зробити для забезпечення виживання і безпеки майбутніх поколінь”.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕДУРИ ФОРМУВАННЯ КОГОРТИ СПІЛЬНОГО УКРАЇНСЬКО- АМЕРИКАНСЬКОГО ТИРЕОЇДНОГО ПРОЕКТУ

¹М.Д. Тронько, ¹В.П. Терещенко, ¹І.П. Пастер,
¹В.М. Шпак, ¹А.А. Дерев'яно,

¹Л.В. Чайковська, ¹Г.А. Замотаєва, ²М. Hatch,
³G.R. Howe, ²I.J. Masnyk, ³L.B. Zablotska

¹Інститут ендокринології та обміну речовин імені
В.П. Комісаренка АМН України

²National Cancer Institute, Rockville, MD, USA

³Columbia University, New York, NY, USA

З 1996 року Інститутом ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка АМН України спільно з Науковим центром радіаційної медицини АМН України, Управліннями охорони здоров'я Житомирської, Київської та Чернігівської обласних державних адміністрацій, National Cancer Institute (Rockville, MD, USA) і Columbia University (New York, NY, USA) виконується дослідження по “Науковому проекту дослідження раку та інших захворювань щитовидної залози в Україні в результаті аварії на Чорнобильській АЕС”. Цей проект передбачає обстеження мешканців України: а) які на момент аварії на Чорнобильській АЕС постійно проживали або тимчасово перебували в найбільш постраждалих районах Житомирської, Київської та Чернігівської областей, б) яким на момент аварії було до 18 років, в) яким в перші тижні після аварії було проведено радіометрію щитовидної залози та г) яких було відібрано згідно методу випадкової вибірки. З Української інформаційно-дозиметричної бази, яка містила записи про 75349 осіб, сформували когорту потенційних учасників проекту з 32385 осіб. Після встановлення поточного місця проживання на обстеження запрошували 20138 осіб. За період з квітня 1998 року до грудня 2000 року медичне обстеження пройшли 13243 потенційних учасників проекту, серед яких 46,4% осіб мали дозу опромінення щитовидної залози менше, ніж 0,3 Гр, 26,3% осіб – від 0,3 до 1,0 Гр і 27,3% осіб – більше, ніж 1,0 Гр; 50,8% були особами жіночої статі, 49,2% – особами чоловічої статі; 30,5% осіб на момент аварії на ЧАЕС мали вік до 4 років, 29,0% – від 5 до 9 років, 31,2% – від 10 до 14 років, 9,3% – від 15 до 18 років включно. Основні переваги

Проекта: а) значні раомири вибірки (більше, ніж 13 тисяч обстежених); б) наявність вимірів радіоактивності в щитовидній залозі безпосередньо після аварії на Чорнобильській АЕС; в) можливість проведення оцінки індивідуальних доз опромінення з врахуванням модифікаторів ефекту; г) широкий діапазон доз опромінення щитовидної залози (від мінімальних до високих); д) мінімальний вплив суб'єктивних факторів на результати; е) високий ступінь вірогідності діагностики патології щитовидної залози міжнародною експертною групою спеціалістів. Таким чином, аналіз даних найбільш масового епідеміологічного дослідження в Україні в післячорнобильський період дозволить вирішити багато важливих наукових задач відносно радіаційно-індукованої патології щитовидної залози.

**ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ
ЕССЕНЦІАЛЬНИМИ ЛІПІДАМИ ТА
ЖИРОРОЗЧИННИМИ ВІТАМІНАМИ В
ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ
ГОСТРОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ХВОРОБИ У
ПЕРСОНАЛУ ЧАЕС**

І.К. Хасцький, М.М. Бондар

*Інститут експериментальної патології, онкології і
радіобіології ім. Р.С. Кавецького*

НАН України

НДІ онкології АМН України

Променеві ураження респіраторної системи персоналу ЧАЕС та ліквідаторів, що призвели до розвитку гострої променевої хвороби (ГПХ), були зумовлені як загальним опроміненням, так і контактною дією радіоактивного аерозолю. Дисперсність радіоактивних часток сягала в значній мірі субмікронного і навіть колоїднодисперсного ступеню. В цих умовах фактично мала місце тривала постійна генерація каскаду первинних і наступних (індукованих) радіохімічних і радіобіологічних подій безпосередньо на поверхні респіраторних органів. Беручи до уваги надзвичайно важливу компоненту променевих уражень біологічних систем – пероксидацію ліпідів і надзвичайно високу за масою оснащеність тканин респіраторної системи субстанціями з високим вмістом ненасичених жирних кислот (сурфактантами), для елімінації вільнорадикальних станів в організмі при ГПХ і санації органів респіраторної системи зокрема була застосована композиція жиророзчинних вітамінів (А, Е, D₃), іонів Zn²⁺, сполук селену та ліпідів з високим вмістом полієнових жирних кислот. Композиція окрім антиоксидантного ефекту забезпечувала надходження в організм і безпосередньо на поверхню респіраторних органів,

шкіри і слизових оболонок необхідного для репарації клітинних мембран матеріалу – фосфоліпідів, здебільшого фосфатидилхоліну. З цією метою комплексна терапія хворих на ГПХ доповнювалась застосуванням зазначеної композиції перорально, в аплікаціях на шкіру та інгаляторно, починаючи з 30 квітня 1986 р. протягом одного-півтора місяця. Не зупиняючись на аналізі внеску цієї терапії в перебіг ГПХ, наряду з іншими лікувальними заходами, відмітимо повну профілактику важких форм орофарингеального синдрому у 71 пацієнта з ГПХ і елімінацію більшості проявів променевих епітеліозів протягом тижня. У постраждалих, що не отримували такої допомоги, різний по ступеню важкості орофарингеальний синдром не піддавався санації рутинними симптоматичними засобами протягом одного-півтора місяця. Перерва в застосуванні композиції у декількох пацієнтів наприкінці другого тижня після ураження призводила до "рецидивів" ранніх симптомів ГПК, які після продовження застосування композиції зникали через 1-2 дні. У випадках, коли застосування композиції було відстрочене від термінів ураження, санація респіраторної системи вказаним способом була цілком ефективною, але вимагала дещо більшої тривалості. Слід підкреслити, що компоненти композиції застосовували в дозах, які або не перевищують звичайні лікувальні (вітамін А), або рівні профілактично-гігієнічним дозам (вітамін Е, D₃, есенціальні ліпіди). Як було показано нами раніше, композиція, що містить зазначені компоненти в цих же дозах, в експерименті і в клініці справляє виразну імуномодельюючу, гепато- і кардіопротекторну, антиканцерогенну та детоксикуючу дію, а також забезпечує швидку елімінацію вторинних гіповітамінозів. Відносно більші в порівнянні з іншими компонентами композиції дози вітаміну А мотивовані як ведучою роллю ретиноїдів в контролі проліферації та диференціації клітин, так і необхідністю насичення ними тканин для забезпечення апоптозу, а відтак зменшення ризику "засмічення" дегенеративно зміненими клітинами і продуктами їх неповного розпаду. На нашу думку застосування такого роду лікувально-профілактичних препаратів показано не лише при ГПХ, а й для санації в умовах хронічної дії малих доз радіації та ряду інших екологічно негативних факторів сьогодення

**ДОСВІД ЧОРНОБИЛЮ І КУЛЬТУРА
РАДІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ.**

Н. Ходорівська

*Інститут соціології НАН України Києв
Україна*

Csep@cssep.kiev.ua

Сучасний аналіз загальнолюдського досвіду переживання масштабних лих та узагальнення результатів багаторічних соціологічних досліджень наслідків Чорнобилю спонукує до висновку про гостру необхідність формування та вдосконалення культури безпеки людства в цілому та українського суспільства зокрема. Це стосується насамперед культури радіологічної безпеки. В суспільстві умовно виокремлюються такі аспекти загальної культури безпеки: виробничо-технічні; інформаційно-комунікаційні; науково-дослідницькі; управлінські та професійно-інституційні; культурно-мистецькі та релігійно-містичні; повсякденні. Культура безпеки в цілому постає як ступінь досконалості тої специфічної “галузі” господарської та розумової діяльності людини, що виникає у тісному зв’язку з запобіганням, переживанням та протистоянням лихам, тобто як сукупність способів і прийомів організації, реалізації та розвитку засобів, що слугують мінімізації ризиків від лих. Культура безпеки – це винайдення та закріплення у практиці ефективних схем роботи інституцій, а також моделей поведінки та діяльності людей, що були опрацьовані та довели свою дієвість щодо протистояння лихам. Ризики розвитку ядерної галузі актуалізували звернення до понять ядерної та радіаційної безпеки. Ядерну безпеку визначають як контрольоване протікання процесів ділення в ядерних реакторах. Поширене визначення цього поняття із використанням терміну “радіаційна безпека”: ядерна безпека – додержання “норм, правил, стандартів та умов використання ядерних матеріалів, що забезпечують радіаційну безпеку”. В свою чергу, радіаційна безпека визначається як “стан захищеності сучасного і майбутнього поколінь людей від шкідливого для їхнього здоров’я впливу іонізуючого опромінення”. Засобами досягнення цього стану традиційно є регламентування та нормування професійної діяльності ядерних галузей. Досвід Чорнобильської катастрофи демонструє недостатність регламентно-нормативних підходів для ефективного формування всіх необхідних аспектів безпеки. Ні інформаційно-комунікаційні, ні повсякденні аспекти безпеки не піддаються чіткому нормуванню та регламентуванню, оскільки йдеться про безпеку життєдіяльності мільйонів людей. Щоб відмежувати нормативні підходи до формування ядерної та радіаційної безпеки у виробничо-технічних аспектах від тих потреб та можливостей захисту від ризиків, які спостерігаються в житті людей, скористаємося поняттям “радіологічна безпека”. Радіологія вивчає різноманітні впливи, яких організм може зазнати від іонізуючих опромінь, захворювання та патологічні стани, що

можуть виникати, а також і застосування іонізуючих опромінь для діагностики та лікування. Отже, поняття радіологічної безпеки можна тлумачити дещо ширше, ніж “радіаційна безпека”: будемо розуміти під радіологічною безпекою ситуативну захищеність кожної людини від шкідливого впливу іонізуючого опромінення. Радіологічної безпеки в цьому сенсі можна досягти не лише за рахунок нормування та планованих контрзаходів, а й самостійними зусиллями окремої людини. За результатами соціологічних досліджень, ні управлінські, ні комунікаційні, ні професійно-інституційні аспекти культури безпеки в Україні не досягли ще такого розвитку, щоб сприяти формуванню повсякденної культури радіологічної безпеки населення. Цій меті має слугувати розробка спеціальних соціальних технологій, що забезпечували би поширення в життєвих практиках людей особистих знань та уміння протистояти радіологічному ризику.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ПОСТТРАЖДАЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС

Черенько С.М. Ларін О.С. Горобейко М.Б.

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Київ 02091

Харківське шосе 121

el.pousta.endosurg@UNET.net.ua

Мета: Рак щитоподібної залози (РЩЗ) у дітей після 1986 року було визнано радіо-індукованим та чітко визначено за клініко-морфологічними ознаками як більш агресивний в порівнянні із спорадичним раком. Проте питання стосовно розвитку аналогічної патології серед дорослого населення, що зазнало впливу іонізуючого опромінення залишається невирішеним. Метою дослідження було порівняння клінічних та гістологічних результатів хірургічного лікування патології щитоподібної залози у населення (з та без опромінення в результаті аварії на ЧАЕС в анамнезі). **Матеріал і методи:** 4443 дорослих пацієнтів без даних про опромінення в анамнезі, було прооперовано через патологію щитоподібної залози (доброякісні чи злоякісні новоутворення) протягом 1998-2005 (група А). За цей ж період прооперували 628 хворих, які народилися до 1969 року, і мали чіткій зв’язок з опроміненням внаслідок аварії на ЧАЕС (група В). Обидві групи були ідентичні за віком, статтю та схемою доопераційного обстеження (УЗД, ТАПБ з імуногістохімічним дослідженням, TSH). Пацієнтів групи „В” було розділено на три загальноновживані категорії постраждалих: І–ліквідатори аварії на

ЧАЕС (188 пацієнтів); II—евакуйовані особи (165 пацієнтів); III—особи, які проживають на забруднених територіях (275 пацієнтів). В групу „С” увійшли 565 пацієнтів, які народились в період 1969-1986 рр., тобто знаходились у дитячому віці на момент аварії. **Результати:** Рівень раку щитоподібної залози був достовірно вищим в групі „В”–33,8% (212 випадки) та групі С 41,6% (235 пацієнтів) vs. 20,5% (913 patients) в групі „А” (P<0,05). Проте найбільш вражаюча різниця спостерігалась у I та II категоріях групи „В” (рівень РЩЗ був відповідно 55,3 % and 47,9 %; P<0,01). Гістологічні типи РЩЗ були ідентичні поміж 3 категоріях групи „В” проте переважав папілярний рак в групі „В” в порівнянні з „А” (85% and 74%;P<0,05). Частка раку з ознаками екстраорганної інвазії була достовірно вища серед пацієнтів, що зазнали опромінення в дорослому 39% та дитячому віці 37,0% vs. 23% (P<0,05) в групі „А”. Частота метастазування була більш ніж у 2 рази вища в групі „В”-41 % та групі «С»-47,7% vs. 19% (P<0,01). Іншою характерною ознакою для радіоактивно-індукованого РЩЗ був високий рівень мультифокального росту (33% vs. 24% в групі А;P<0,05). В групі С рівень мультифокальності становив 24,4%, проте різниця не достовірна. Найбільш виражені ознаки зустрічаються серед хворих категорії I групи В: T₄– в 49%, N_{1a-1b} – в 63%, мультифокальність–у 42%. **Заключення:** Найбільш постраждали від аварії на ЧАЕС категорії дорослого населення (ліквідатори, евакуйовані) та діти на момент аварії демонструють у 2 рази вище ніж у інших групах ризик щодо розвитку РЩЗ. РЩЗ у опромінених осіб є агресивнішим, з частим метастазуванням і екстраорганним поширенням і потребує радикального підходу до лікування та ретельного моніторингу після операції.

ПСИХІАТРИЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ОКРЕМОЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ (НА ПРИКЛАДІ СКНИЛОВСЬКОЇ ТРАГЕДІЇ)

*С.І. Табачников, Є.Г. Гриневич, Ю.В. Дубинська
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та
наркології МОЗ України*

Мета дослідження: визначити вплив надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф на психічний та психологічний стан населення постраждалого регіону. **Методи дослідження:** клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний (зокрема метод стандартизованого інтерв'ю), психодіагностичний, методи математичної статистики. **Результати дослідження:** За допомогою теоретичного та системного підходів проаналізований стан

психічного здоров'я населення, що мешкає в регіоні, де відбулася надзвичайна ситуація (НС), з метою визначення ступеня її впливу, а також впевненого виявлення наслідків НС на тлі природних флуктуацій захворюваності на психічні та поведінкові розлади. Для вирішення цього питання НС повинна відповідати двом основним критеріям: масштабність – істотний вплив на великі маси людей – та виникнення її у відносно „спокійному” (техногенно- та природно безпечному) регіоні, оскільки в іншому випадку наслідки різних НС будуть нашаровуватись один на один і ускладнювати аналіз. Описаним вище критеріям сумно відповідає трагедія 27 липня 2002 року, що відбулась на аеродромі "Скнилів" під Львовом. Тоді, на авіашоу під час виконання фігур вищого пілотажу літак Су-27 упав на глядачів. Загальне число потерпілих склало 165 чоловік, 77, з яких вважаються загиблими, у тому числі - 28 дітей. Подібних, за своїми масштабами, НС в Львівській області протягом останніх років не було. Для виявлення впливу скнилівської трагедії на стан психічного здоров'я населення регіону проведено скринінг всіх доступних показників захворюваності на психічні та поведінкові розлади в Львівській області з метою визначення їхніх локальних екстремумів (локальних максимумів), які б співпадали у часі із зазначеною НС. В результаті цього скринінгу було визначено три групи психічних та поведінкових розладів, а саме: невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади (рубрика F4 за МКХ-10), поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями (F5) та розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F6). Наявність невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформних розладів у цьому переліку постає цілком природною і не вимагає спеціальних коментарів. Захворюваність на ці розлади в 2002 році виросла на 9,2 % по відношенню до 2001 року і навіть через рік не повернулась до вихідного рівня. Екстремум захворюваності на розлади особистості та поведінки у зрілому віці стає зрозумілим, якщо згадати, що до цієї групи належать, в тому числі, зміни особистості після пережитої катастрофи (F62.0), а також низка інших розладів, перебіг яких може загострити достатньо потужна психічна травма (тривожний (F60.6), істеричний (F60.4) та деякі інші). Захворюваність на ці розлади в 2002 році виросла на 16,5 % по відношенню до 2001 року і, так само, через рік (в 2003 році) не повернулась до вихідного рівня. Нарешті, екстремум захворюваності на поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями пояснюється тим, що до них належить декілька розладів, клінічний маніфест яких може спровокувати психотравма. Серед них

розлади сну неорганічної природи, включно: безсоння неорганічного походження (F51.0), жахи під час сну (F51.4) та кошмари (F51.5), а також статеві дисфункції, які необумовлені органічним розладами або захворюваннями (F52). Захворюваність на ці розлади в 2002 році виросла на 14,9 % по відношенню до 2001 року, але через рік, в 2003 році, зменшилась до рівня трохи нижчого по відношенню до вихідного. Таким чином, за умов відсутності інших надзвичайних подій в Львівській області протягом 2002 року, підвищення захворюваності на описані вище психічні та поведінкові розлади можна вважати прямим збитком який нанесла Сквиливіська трагедія психічному здоров'ю населення регіону.

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ Й ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ (СПІВВІДНОШЕННЯ І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ)

С.І. Табачников, Є.Г. Гриневич

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Мета дослідження: встановити співвідношення та визначити тенденції розвитку психічних та поведінкових розладів і надзвичайних ситуацій. **Методи дослідження:** клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний (зокрема метод стандартизованого інтерв'ю), психодіагностичний, методи математичної статистики. **Результати дослідження:** Доведена умовність дихотомії між техногенними (ТК) та природними (ПК) катастрофами за результатами кореляційного й регресійного аналізів динаміки частоти ТК і ПК в адміністративно-територіальних одиницях (А-ТО) України. Визначена наступна тенденція: практично у всіх високоурбанізованих й індустріально насичених областях країни спостерігається позитивний кореляційний зв'язок між розглянутими видами подій. Винятком із цього правила є Харківська область. Отримані рівняння регресії свідчать про те, що збільшення числа техногенних НС на 10 одиниць супроводжується ростом числа природних НС на 2,5 одиниці, і навпаки, збільшення числа природних НС на 10 одиниць супроводжується ростом числа техногенних НС на 6,4 одиниці. Аналіз захворюваності на психічні та поведінкові розлади не пов'язані із вживанням психоактивних речовин, свідчить про те, що напрямки розвитку її складових протягом останніх років розійшлися. Відносно стабільною залишалась захворюваність на шизофренію, шизотипові, маячні та афективні

розлади, а також психічні та поведінкові розлади органічного генезу, тобто в генез яких, за сучасними уявленнями, великий внесок робить спадковість. В свою чергу, зменшення захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади (НПС та СФР) відбувалося разом із зменшенням, або припиненням темпів росту інших показників суспільних негараздів, наприклад, наркоманії, злочинності та суїцидів. У цьому зв'язку, серед психічних та поведінкових розладів, саме первинну захворюваність на неврози і близькі до них психопатологічні стани можна вважати (разом із рівнем суїцидальної активності) показником ступенів напруги у суспільстві й його неблагополуччя, викликаного, в тому числі, і надзвичайними ситуаціями. Найбільша захворюваність на НПС та СФР (на 100 тисяч населення) протягом 2000 - 2004 років була зареєстрована (в прямому ранговому порядку) в Кіровоградській, Житомирській, Київській, Херсонській, Івано-Франківській, Дніпропетровській та Луганській областях. При цьому, дві з трьох перших позиції в наведеному вище рейтингу займають А-ТО, які найбільш постраждали від наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС 1986 року (Київська, Житомирська). Таким чином, можна констатувати, що на території України існує дві сталих зони з підвищеною захворюваністю на НПС та СФР, в виникненні одної з яких, за припущенням, істотний внесок роблять наслідки Чорнобильської катастрофи 1986 року (Київська, Житомирська області), а іншої – несприятливі умови життя, пов'язані, зокрема, із не такими масштабними, але частими НС (високоурбанізовані і промислово навантажені області півдня і сходу країни). Таким чином, нами встановлена (на загальнодержавному рівні) наявність кореляційних зв'язків між захворюваністю на неврози та кількістю НС, а також їх відсутність між захворюваністю на розлади невротичного кола та рівнем тяжкості людських наслідків зазначених катастроф. З рівняння регресії слідує, що збільшення кількості техногенних НС на 1 одиницю на 100 тисяч населення, призводить до зростання захворюваності на НПС та СФР на 16,12 випадки на 100 тисяч населення. Регресійна взаємозалежність НС природного характеру із первинною захворюваністю на невротичні розлади лише істотно наблизилась до рівня статистичної значущості, але не досягла його. Результати регресійного аналізу на регіональному рівні свідчать про те, що техногенні катастрофи мають більшу психотравмуючу дію ніж природні. При цьому саме первинна (а не госпіталізована)

захворюваність на НПС та СФР може слугувати одним із маркерів цієї напруги, що виникає серед населення постраждалих від техногенних катастроф регіонів. Через проведення кореляційного скринінгу всього наявного масиву даних доведено, що НС пов'язані не тільки із розладами невротичного кола, а із розладами

особистості зрілого віку, афективними розладами, загостренням шизофренії та гострими алкогольними психозами (позитивна регресійна залежність поміж кількістю надзвичайних ситуацій в регіонах країни і захворюваністю на психічні та поведінкові розлади).