

РОЗДІЛ 5

ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА НАСЕЛЕННЯМ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Диспансеризація — метод медичного обслуговування населення, який передбачає активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та збереження працездатності, проведення оздоровчих заходів, обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення тощо.

Основною метою диспансеризації населення є в першу чергу запобігання розвитку захворювань, проведення заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, збільшення активного довголіття. За розрахунками, державі економічно вигідніше запобігти захворюванню, ніж лікувати хвороби та їх наслідки, виплачувати кошти за втрату працездатності, втрачати людські життя.

5.1. Організація і проведення диспансерного нагляду за постраждалими

Згідно з наказом МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення», при проведенні диспансеризації дорослого населення у першу чергу планується проведення профілактичних оглядів деяких категорій населення, у тому числі постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС — цільової диспансеризації населення (ЦДН).

Диспансеризація проводиться закладами охорони здоров'я за участю вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, наукових установ, централь-

них та місцевих органів виконавчої влади, відомств, установ та організацій.

Територіальні органи охорони здоров'я або визначені ними заклади організують бригади спеціалістів із закладів охорони здоров'я обласного і міського (у м. Києві) підпорядкування, медичних підрозділів вищих навчальних закладів, науково-дослідних інститутів.

Аналізуючи складну медико-демографічну та епідеміологічну ситуації, що склалася після аварії на ЧАЕС (і при можливих інших аварійних ситуаціях), можна констатувати, що основою ефективного проведення ЦД є Національний реєстр України (НРУ) як надійна інформаційна основа коректної оцінки епідеміологічної обстановки і визначення причин захворювань серед опромінених контингентів населення.

Так, за станом на 01.01.2002 р. до НРУ було внесено інформацію щодо 2 640 169 постраждалих за 4 групами первинного обліку (категоріями). Впродовж наступних років реєстр постійно поповнювався і зараз є змога констатувати, що в результаті аварії на ЧАЕС тільки в Україні постраждало близько 3 мільйонів осіб.

Структура постраждалого дорослого населення (за 1986–2002 рр. — максимальні наслідки аварії):

— I категорія постраждалих — населення, яке проживає на забруднених територіях — 1 790 995 чоловік (86,0 %);

— II категорія — особи, які брали або беруть участь у роботах з ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (ліквідатори) — 241 297 (11,3 %);

— III категорія — особи, які евакуйовані з 30-км зони відчуження, а також зони безумовного (обов'язкового) та добровільного відселення (евакуйовані) — 55 682 (2,7 %);

— IV категорія — діти, які народилися від осіб, віднесених до I–III категорій — 552 195.

У фундаментальній монографії «Чорнобильська катастрофа», що вийшла друком до 20-ї річниці аварії на ЧАЕС (2005) [26] є розділ «Клінічні аспекти аварії на ЧАЕС», який торкається основних захворювань постраждалих і ліквідаторів:

— гостра променева хвороба (237 пацієнтів у 1986 р.);

— захворювання кровотворної системи;

— захворювання ендокринної системи, включаючи захворювання щитоподібної залози (зростання числа випадків раку щитоподібної залози з 0,6 на 100 тисяч у 1981 р. до 2,1 у 1991 р. і 156 хворих дітей у 1986–1991 рр. порівняно з 25 випадками раку за п'ятирічний період до аварії; на 01.01.2000 р. в Україні зареєстровано 1357 дітей, хворих на рак щитоподібної залози);

— захворювання імунної, серцево-судинної, травної, гепатобіліарної, статевої системи, органів чуття і зору, вегетосудинна дистонія.

В монографії окремо розглядаються особливості реагування організму дітей на дію несприятливих факторів аварії.

Велика кількість постраждалих і постійне поповнення НРУ потребує запровадження чіткої системи державних, соціальних, екологічних, медичних, технічних заходів, які були б спрямовані на створення санітарно-гігієнічних, медико-профілактичних, побутових та організаційних умов з метою максимального збереження здоров'я та соціально-трудової активності населення. Значне місце в цих заходах займає цільова диспансеризація постраждалого населення, яка має свої особливості.

Диспансеризація включає:

- медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень;
- додаткове обстеження осіб, які цього потребують;
- виявлення осіб із факторами підвищеного ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань;
- виявлення захворювання на ранніх стадіях;

Таблиця 5.1. Динаміка психосоматичної захворюваності дорослого населення в зв'язку з аварією на ЧАЕС у 1987–1992 рр.

Класи і назва хвороб	Всього зареєстровано хвороб на 100 тис. населення					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин, імунітету	911	1205	1110	1034	4731	5739
Психічні захворювання	252	419	576	1157	5114	4931
Хвороби нервової системи	2641	2423	3559	5634	15 041	14 021
Вегетосудинна дистонія	1277	434	315	3719	3914	3124
Хвороби кровотворної системи	1993	3008	4108	6182	23 288	25 239
Хвороби травних органів	1263	1010	1433	3480	13 888	14 821
Хвороби шкіри і підшкірної клітковини	1290	1010	1433	1926	4809	4103
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	768	1694	2100	2879	8487	9377

— розробку та проведення комплексу необхідних медичних і соціальних заходів, динамічного спостереження за станом здоров'я населення.

Згідно зі статтею 17 Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» (1991), в Україні відповідними міністерствами, центральними та місцевими органами виконавчої влади, громадськими організаціями проводиться щорічне медичне обстеження, у разі необхідності — лікування (в тому числі і санаторно-курортне) постраждалих. Здійснюється також різні види моніторингу: радіоекологічний, медико-генетичний, медико-демографічний.

Постановою КМУ від 04.10.1996 р. за № 1218 затверджено перелік спеціалізованих медичних закладів, на які покладено контроль і медичне забезпечення постраждалих. До них належать Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення МОЗ, а також обласні клінічні лікарні зі спеціалізованими центрами радіаційного захисту населення, Національний науковий центр радіаційної медицини та інші. Державний реєстр України (ДРУ) як єдина інформаційна система функціонує на трьох рівнях: районному, обласному та державному.

На районному рівні проводиться персональний облік населення, яке підлягає внесенню до ДРУ за місцем проживання, збір та експертиза даних про стан здоров'я, соціальний стан, зовнішнє та внутрішнє опромінення, передача інформації на обласний рівень.

На обласному рівні забезпечується експертиза якості даних цільової диспансеризації, аналіз показників, поповнення бази даних спеціалізованими медичними установами, облік осіб підвищеного ризику, передача інформації на державний рівень.

На державному рівні здійснюється збір, експертиза, комплексний аналіз даних, накопичення та їх зберігання, створення окремих баз даних осіб підвищеного ризику, передача висновків і пропозицій до державних і спеціалізованих медичних установ.

Диспансеризація проводиться територіальними закладами охорони здоров'я та медичних наукових установ. Територіальні органи охорони здоров'я або визначені ними заклади організують бригади спеціалістів із закладів охорони здоров'я обласного або міського (у м. Києві) підпорядкування. На них покладені обов'язки щодо диспансеризації дорослого та дитячого населення у районах і містах відповідної адміністративній території, насамперед у сільських

населених пунктах, які мають проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення. Зазначені бригади спеціалістів забезпечуються необхідними медичним обладнанням і транспортними засобами. Подальший нагляд за диспансерним хворим здійснюється територіальними закладами охорони здоров'я.

Цільова диспансеризація населення є підсистемою загальної диспансеризації населення. Вона являє собою комплексний метод лікувально-профілактичних заходів, які передбачають динамічне спостереження за станом здоров'я населення з метою виявлення і запобігання захворюванням, які пов'язані з багатофакторним впливом наслідків Чорнобильської катастрофи, а саме: збільшення загальної захворюваності, втрата працездатності, смертність у період активної трудової діяльності.

Проведення ЦДН передбачає розв'язання таких основних завдань:

- оцінка персонального та колективного здоров'я осіб, які взяті на диспансерний облік, як шляхом індивідуальних медичних оглядів, так і за допомогою аналізу інтегральних показників стану здоров'я з урахуванням статевих, вікових, професійних та інших особливостей;

- диференційоване активне динамічне спостереження за здоровими особами з факторами ризику і хворими;

- виявлення та встановлення причин, що викликають захворювання;

- розробка та своєчасне проведення лікувально-оздоровчих заходів, забезпечення здорового способу життя;

- реалізація всіх етапів ЦДН на підставі послідовної повної автоматизації технологічних процесів внаслідок уніфікації, формалізації та сумісності інформаційних елементів і потоків на всіх рівнях системи з урахуванням подальшої модернізації методичного і матеріально-технічного забезпечення, широкого впровадження обчислювальної техніки.

Конкретність ЦДН полягає в таких заходах:

- щорічний медичний огляд постраждалого населення з проведенням повного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень;

- дообстеження постраждалих із використанням сучасних методів діагностики;

- виявлення осіб, що мають фактори ризику, які сприяють виникненню і розвитку захворювань;

- виявлення захворювань, у тому числі обумовлених радіаційним впливом, на ранніх етапах;

- визначення й індивідуальна оцінка стану здоров'я постраждалого;

- розробка та проведення комплексу необхідних медичних і соціальних заходів і динамічного нагляду за станом здоров'я населення.

Особливості цільової диспансеризації постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи обумовлені такими факторами:

- неоднорідністю територіального, професійного та вікового складу осіб, які підлягають диспансеризації;

- підвищеним дозовим навантаженням на щитоподібну залозу, значним зовнішнім і/або внутрішнім опроміненням усього тіла;

- різними дозовими навантаженнями по рівнях і видах радіаційного впливу;

- специфікою впливу радіації на дітей, вагітних жінок і плід;

- ризиком розвитку в осіб, які перебувають на диспансерному обліку з приводу ендокринної, онкологічної, гематологічної, неврологічної, гастроентерологічної та іншої соматичної патології і несприятливих кінцевих результатів лікування;

- розподілом осіб, які обстежуються, за групами первинного обліку;

- неідентичністю соціального захисту;

- соціально-медичним напруженням серед населення через ризик виникнення (особливо у дітей) негативних ефектів внаслідок радіаційного впливу.

Проведення цільової диспансеризації населення підвищеного ризику внаслідок Чорнобильської катастрофи передбачає реалізацію комплексу організаційних, епідеміологічних, біологічних, технічних і соціологічних заходів. Категорії спостереження постраждалих і групи здоров'я, які встановлені в процесі комплексного медичного огляду, є головним критерієм, згідно з яким здійснюється тривале динамічне спостереження й оздоровлення осіб, які підлягають обліку в НРУ. Саме вони визначають тип і рівень лікувально-профілактичного закладу, на базі якого проводиться диспансеризація. Особливо важливим є повне охоплення всіх осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Обов'язковий щорічний об'єм медичного обстеження дорослого населення, яке підлягає обліку в НРУ, подано в табл. 5.2.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін і доповнень у Закон України «Про статут і соціальний захист громадян, які по-

страждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» від 01.07.1992 р., ЦДН у результаті Чорнобильської катастрофи планується впроваджувати поетапно (табл. 5.2).

На 1-му етапі обліку й обстеження в обсязі скринінгової програми цільовій диспансеризації підлягають особи, які брали участь у ліквідації наслідків аварії в 1986–1990 рр.; евакуйовані з 30-кілометрової зони; особи, які проживали та залишили зону обов'язкового відселення; діти, які народилися від указаних вище осіб.

На 2-му етапі — облік у НРУ (шляхом заповнення первинної медичної документації, що передбачається існуючим медико-статистичним обліком) і охоплення цільовою диспансеризацією осіб, які проживають у зоні з пільговими умовами господарювання, а також на територіях посиленого радіологічного контролю.

На 3-му етапі облік і цільова диспансеризація осіб, які підлягають включенню в НРУ, здійснюються медичними, у тому числі відомчими, підприємствами районної, обласної і республіканської ланки, які функціонують як єдина трирівнева автоматизована система збору та обробки інформації, управління НРУ.

Під час проведення диспансеризації за місцем проживання серед евакуйованого контингенту слід виділити такі групи:

— особи, в яких виникнення хвороб у віддалений період після аварії може бути пов'язане з радіаційним впливом. До цих хвороб належать перенесена гостра або хронічна променева хвороба, усі

Таблиця 5.2. Обов'язковий щорічний об'єм медичного обстеження дорослого населення, що підлягає обліку в НРУ

Категорія постраждалих*	Перелік спеціалістів, які ведуть спостереження	Об'єм інструментальних і лабораторних діагностичних обстежень
I II III	Терапевт, гематолог, ендокринолог, офтальмолог, невропатолог, онколог, отоларинголог, уролог, акушер-гінеколог; інші спеціалісти за потреби	Інструментальне обстеження: УЗД, ЕКГ, артеріальний тиск. Лабораторне обстеження: аналіз крові; морфологічні, біохімічні, імунологічні, радіоімунологічні, гормональні дані; визначення показників згортання крові, аналіз сечі: загальний аналіз сечі, цукор і білок сечі; визначення гостроти зору та слуху

Примітка: * — IV категорія (діти) розглядається у наступному розділі.

форми злоякісних утворень, променева катаракта, променеві дерматити, набутий гіпотиреоз;

— особи, розвиток хвороб у яких обумовлений сумарним впливом шкідливих факторів, що виникли внаслідок аварії на ЧАЕС (перелік хвороб подано в наказі МОЗ України від 17.05.1997 р. за № 150 «Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на ЧАЕС»);

— особи, в яких ефективна доза опромінення всього тіла перевищила 100 мЗв, а доза опромінення щитоподібної залози становила 750 мЗв і більше. Серед них до групи підвищеного потенційного ризику розвитку віддалених ефектів належать особи, евакуйовані впродовж двох діб після аварії з м. Прип'яті, а також ті, які постійно мешкають на радіоактивно забруднених територіях. Особи, які належать до визначених груп, додатково один раз на 2 роки обстежуються в ННЦРМ або інших спеціалізованих медичних закладах.

Групи категорії диспансерного обліку поповнюються завдяки роботі експертних рад, які встановлюють причинний зв'язок захворювань із роботами з ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС або проживанням на забруднених радіонуклідами територіях.

Центральною фігурою в проведенні ЦДН постраждалих є сімейний (дільничний) лікар, який і проводить диспансеризацію. Спочатку складається план диспансеризації на рік, квартал, місяць, 10 днів, а наприкінці року здійснюється аналіз проведеної роботи.

Важливим розділом роботи сімейного (дільничного) лікаря є підвищення загального рівня культури, гігієнічної грамотності пацієнтів. Слід значну увагу приділяти і ставленню пацієнта до свого здоров'я.

Не менш важливе значення мають і умови роботи потерпілого. Якщо вони шкідливі, необхідно рекомендувати потерпілому змінити місце роботи або, можливо, і професію.

У зв'язку зі специфікою даного контингенту, за яким ведеться спостереження, при проведенні медичних обстежень особлива увага повинна приділятися виявленню захворювань радіаційного генезу; радіаційно-індукованих патологічних станів, що виникли або перебувають у стадії загострення; факторів ризику розвитку порушень радіотропних органів і систем — ендокринної, імунної, кровотворної, нервової, органів зору.

5.2. Особливості організації диспансерного нагляду за дітьми

Відповідно до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», потерпілими вважаються такі контингенти дитячого населення (категорії постраждалих):

- діти, які народилися після аварії від учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС;
- діти, які народилися від евакуйованих із зони відчуження та зони безумовного відселення;
- діти, які народилися і проживають в зоні безумовного і зоні гарантованого добровільного відселення;
- діти, які народилися і проживають в зоні посиленого радіоекологічного контролю.

Особи, які на час Чорнобильської аварії були дітьми і продовжують проживати на забруднених територіях, повинні бути повністю охоплені диспансеризацією. Дитяче населення забруднених територій на сьогодні входить до групи підвищеного ризику і підлягає цільовій диспансеризації. Запропоновано використання скринінг-тестів при масових оглядах, що забезпечує попереднє виділення в дитячих колективах дітей, у яких наявність певного відхилення найбільш вірогідне. Детальні рекомендації щодо організації і проведення диспансеризації дітей, у тому числі схеми диспансерного спостереження та амбулаторного лікування дітей із різними видами патології, деталізація скринінг-тестів розглянуті в методичному посібнику «Диспансерне спостереження за дітьми, які проживають в зонах радіонуклідного забруднення» [37].

Терміни та об'єм обстеження дитячих контингентів (табл. 5.3) передбачені наказом МОЗ України № 502 від 28.12.2002 р. Медичною документацією для дітей є історія розвитку дитини (ф. № 112/у), медична карта дитини (ф. № 026/у), контрольна карта диспансерного спостереження (ф. № 30/у), талон для кодування або карта цільової диспансеризації.

Важливим етапом диспансеризації дітей груп радіаційного ризику є оздоровлення. Всі контингенти дітей підлягають обов'язковому щорічному оздоровленню. Діти віком від 3 до 6 років направляються на оздоровлення протягом року разом із мате-

рями в оздоровчі заклади, що розташовані в незабруднених і сприятливих клімато-географічних регіонах.

Диспансеризація дітей грудного віку ставить за мету формування здоров'я дитини, на яке впливає спосіб життя, стан репродуктивного здоров'я батьків, соціально-економічний рівень родини, біологічні та генетичні фактори, екологічний стан навколишнього середовища, організація та стан медичної допомоги. Контроль за виконанням в домашніх умовах оздоровчих та лікувальних заходів, рекомендованих дільничним лікарем-педіатром, сімейним лікарем або лікарем дошкільної установи, здійснює дільнична медична сестра або інший медичний працівник дитячого закладу.

З точки зору виникнення стохастичних ефектів (крім онкозахворюваності) важливим є рання діагностика та профілактика генетично зумовленої патології. Над цим важливим і довгостроковим питанням працюють багато науково-дослідних інститутів (ННЦРМ, Інститут експериментальної онкології і радіобіології

Таблиця 5.3. Обов'язковий об'єм медичного обстеження дітей, підлітків віком до 15 років, які підлягають обліку в НРУ

Категорія постраждалих	Перелік спеціалістів, які ведуть спостереження	Об'єм інструментальних і лабораторних діагностичних обстежень
I–II	Педіатр, ендокринолог, офтальмолог, невропатолог, онколог, гематолог, гінеколог, отоларинголог; інші спеціалісти за потреби	Інструментальне обстеження: оцінка фізичного розвитку, УЗД, ЕКГ. Лабораторне обстеження: аналіз крові з розгорнутою формулою (у т.ч. лейкоцитарної формули, вмісту тромбоцитів, ретикулоцитів), радіоімунологічний аналіз ТТГ, Т ₃ , Т ₄ , АТ до ТГ, загальний аналіз сечі
III	Педіатр, ендокринолог, офтальмолог, невропатолог, онколог, гематолог, гінеколог	Інструментальні обстеження: оцінка фізичного розвитку, УЗД, ЕКГ. Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі
IV	Педіатр, ендокринолог, офтальмолог, невропатолог, онколог, гематолог, гінеколог	Інструментальні обстеження: оцінка фізичного розвитку, УЗД, ЕКГ. Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі

Примітка: мінімальна частота клініко-діагностичного обстеження у вказаному обсязі — один раз на рік; активне обстеження хворих на хронічні захворювання проводиться з урахуванням характеру і тяжкості захворювання.

імені Р.Е. Кавецького, Харківський НДІ медичної генетики та ін.) і спеціалізованих закладів.

Цей розділ медичної генетики присвячений:

- вивченню мутагенних властивостей радіаційних забруднювачів довкілля;
- вивченню особливостей реакції геному людини на дію факторів навколишнього середовища;
- визначенню стану хромосомного апарату ооцитів у жінок;
- визначенню особливостей фенотипу залежно від певної мутації;
- вивченню генетичних передумов до розвитку радіаційного раку;
- цитогенетичному моніторингу контингентів, які постраждали від наслідків Чорнобильської аварії;
- аналізу частоти генетичних розладів потерпілих від аварії дітей у різних поколіннях.

Ці, а також інші питання виникнення генетично зумовлених патологічних процесів внаслідок аварії на ЧАЕС вивчаються і будуть ще вивчатися в майбутньому десятки, а може і сотні років.

5.3. Робота регіональних експертних рад і міжбласних експертних комісій

Для розгляду матеріалів необхідно подавати такі документи:

1. Виписка з медичної документації (історія хвороби, амбулаторна картка), висновки місцевої експертизи про стан здоров'я до і після участі у ліквідації аварії. Всі документи завіряються печаткою і підписом керівника установи.
2. Копія медичної документації про результати проведеного огляду перед направленням для участі в роботі і після повернення з роботи з подолання наслідків Чорнобильської аварії.
3. Дані про частоту і термін захворювань із тимчасовою утратою працездатності та інвалідності у період до і після аварії.
4. Дані про рівень внутрішнього і зовнішнього опромінення у період роботи, особливості та місце роботи з ліквідації наслідків аварії.
5. У разі недостатньої інформації про хворого рада дає запит на потрібну додаткову інформацію у відповідні медичні заклади. При