

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Однією з пролонгованих у часі складових чорнобильської катастрофи є погіршення здоров'я населення через іонізуюче випромінювання з розвалів 4-го енергоблоку ЧАЕС, яке визначило її трагічну сутність та справило великий напружуючий вплив на соціально-економічний та психологічний стан суспільства.

Серед чинників, що справили найсуттєвіший вплив на стан здоров'я різних категорій населення, на перше місце спеціалісти ставлять опромінення щитовидної залози населення значних регіонів України в результаті викидів радіоактивних часток в момент аварії та на початковому етапі її ліквідації. У зв'язку з останнім, значну проблему породило опромінення осіб, що працювали на майданчику навколо ЧАЕС, та у 30-км зоні. Населення, що вже багато років мешкає на забруднених територіях, також зазнає негативного впливу наслідків аварії. Та найбільш болісно вдарила ця ситуація по найвразливішій категорії населення — дітях, для найбільш чутливої частини яких наслідки аварії та її впливи визначили якість і зміст життя, можливо до кінця їх днів.

У зв'язку з цим не зайве згадати про ту дезінформацію, яка мала місце на початковому етапі ЛНА, коли замовчувалася загроза, яку несла радіація; йодна профілактика, яка могла б врятувати щитовидні залози мільйонів людей, була проведена недбало й з запізненням; допустимі рівні забруднення води, повітря та продуктів харчування змінювалися на порядки в залежності від ситуації та потреб медичної номенклатури. Прогнози відомого американського медика — доктора Р. Гейла, про зростання захворюваності населення, що зазнало впливів радіаційних викидів із зруйнованого 4-го чорнобильського енергоблоку через 10–15 років — свого часу радянськими медичними світилами були з обуренням відкинуті, а Гейла звинувачено у політичній заангажованості.

Медичні наслідки цієї найбільшої в історії людства техногенної катастрофи і досі лишаються суспільно гострим питанням та предметом дискусій. Фахівці вивчали найрізноманітніші їх аспекти. При цьому слід відзначити, що оцінка медичних наслідків представлена кількома підходами: офіційною точкою зору фахівців — представників Москви, київських функціонерів від медицини, журналістів та науковців, в тому числі і зарубіжних. Співставлення цих точок зору дозволяє зробити висновок, що питання оцінки медичних наслідків катастрофи на початкових етапах було надзвичайно заполітизоване і знаходилося під тиском атомного лобі. Здавалосьь, що з роками бачення цієї проблеми пройшло певні трансформації і поступово почало набувати рис об'єктивності. Однак події навколо звіту Міжнарод-

ного Чорнобильського форуму¹, який було оприлюднено у вересні 2005 р. породжують великий сумнів стосовно цього.

Справа в тім, що 6–7 вересня у Відні відбулось його засідання з участю восьми агентств ООН, представників більше 60 країн — членів МАГАТЕ, 20 міжнародних організацій та наукових закладів, фахівців України, Білорусі та Росії. За повідомленнями преси, частина форуму підтримала висновки про те, що на протязі 20 років наслідки катастрофи на ЧАЕС перебільшуються.

І це вже не перша спроба МАГАТЕ применшити вплив катастрофи на життя людей. Перший звіт 1991 р., підготовлений на замовлення уряду СРСР, викликав критику відразу ж, у Відні, з боку представників постраждалих республік. Від України, зокрема, дуже переконливо виступили колишній міністр з питань Чорнобильської катастрофи Г. Готовчиць та представниця Міністерства охорони здоров'я України О. Бобильова. Тоді ж у США була опублікована стаття — протест голови Фонду захисту дітей від Чорнобильської катастрофи при українській Раді миру Н.Ю. Преображенської².

Другою спробою МАГАТЕ принизити наслідки катастрофи стало оприлюднення в Києві 6 лютого 2002 р. другого звіту цієї потужної лобістської організації, який вона перед тим презентувала в штаб-квартирі ООН. Серед вчених, лікарів та представників влади в Україні тоді не знайшлося нікого, хто б фахово і переконливо протистояв її наступу. Виступи представників громадських організацій експертами ООН (читай МАГАТЕ) було проігноровано. Дивно, але тоді українські чиновники не дали можливості міжнародним експертам ознайомитися з матеріалами, які засвідчували реальний стан із захворюваністю населення³.

І от вересень 2005 р. Один з експертів-доповідачів — представник Програми розвитку ООН Кальман Мизсей зазначив, що для широких народних мас страхи щодо опромінення Чорнобилем були перебільшені, люди у вражених катастрофою регіонах, за незначним виключенням, живуть нормальним життям. Він звинуватив уряди трьох країн, вражених катастрофою в тому, що вони побудували індустрію на цьому нещасному випадку⁴.

Таким чином потужна міжнародна організація, яка, за її Статутом, лобіює широке використання атомної енергії, нав'язує міжнародному співтовариству думку про відсутність суттєвих наслідків найбільшої техногенної катастрофи ХХ століття на Чорнобильській атомній електростанції. Однак при цьому її експерти не розуміють, або свідомо не бажають розуміти необхідність відокремлення зловживань корумпованого українського чиновництва, недолугість рішень і дій влади на всіх рівнях та дійсного стану із змінами у здоров'ї населення постраждалих районів, навіть якщо б це були

«незначні виключення». Звичайно, за післячорнобильські роки склався цілий комплекс недоліків і в державній політиці і в поведінці частини населення, мають місце споживацькі настрої в середовищі постраждалих, однак не вони мають визначати бачення проблеми в світі, а медична статистика і реальна ситуація в країні, які свідчать про досить негативні процеси. Це засвідчують, зокрема, й опубліковані офіційні матеріали парламентських слухань 2004 року та національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2003 році. Там йдеться про те, що в Україні налічується 15 801 сім'я, яка отримує пільги внаслідок втрати годувальника, смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою. Із 1716 взятих на облік у 1987 р. кількість постраждалих в наступні роки зростає у багато разів. Найбільше їх (3 364 475 осіб) зареєстровано у 1999 р. На початок 2003 р. їх чисельність становила 2 930 184 особи. Через вимирання вона у майбутньому поступово зменшуватиметься. Так, за 2003 р. загальна чисельність постраждалих зменшилася на 5,4%, або на 158 124 особи, з них постраждалих категорії 2 — на 5 562 особи, категорії 3 — на 2178; категорії 4 — 8 060; потерпілих дітей на 146 116 осіб, або на 16,2%. Однак, останніми роками в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості осіб, віднесених до категорії 1, тобто інвалідів, захворювання яких пов'язано з Чорнобильською катастрофою. Якщо у 1991 р. їх було близько 2 тис. осіб, то станом на 01.01.2003 р. — 99 тис. 177 осіб. Тільки за 2003 р. кількість постраждалих категорії 1 збільшилась на 3 811 осіб, або на 3,8%. Це в основному за рахунок Київської області — 804; м. Києва — 654; Рівненської області — 622; Черкаської — 402; Вінницької — 249; Чернігівської — 211; Житомирської — 152; Волинської області — 141 особа. Оскільки ця категорія найбільш захищена, суттєво зростають бюджетні видатки на забезпечення їх пільг, що в свою чергу впливає на значне збільшення заборгованості по соціальних виплатах⁵.

За офіційними даними, захворюваність дорослого постраждалого населення не має тенденції до зниження, хоча зазначається, що показники по деяких провідних класах хвороб таких, як хвороби нервової системи, органів травлення, сечостатевої системи стабілізуються; не мають тенденції до зменшення показники захворюваності хворобами системи кровообігу, дихання, травми та отруєння.

Детальна картина із захворюваності в Україні виглядає наступним чином.

До одного з найважливіших радіаційних наслідків аварії належить зростання захворюваності на рак щитовидної залози. За 1986–2002 рр. в Україні прооперовано 2 702 хворих осіб віком від 0 до 18 років. Серед прооперованих 1 882 — діти (0–14 років). В той же час серед дітей, які

народилися після аварії, починаючи з 1987 р., коли дія радіоактивного йоду була відсутня, зареєстровано лише 45 випадків захворювання. Аналогічна динаміка зростання захворюваності на рак щитовидної залози встановлена у підлітків України (15–18 років на момент аварії). Проте темп цього зростання дещо нижчий, ніж у дітей. За 1986–2002 рр. в Україні було прооперовано 785 таких хворих.

Протягом 2003 року рівень захворюваності на рак щитовидної залози в Україні серед зазначеної популяції населення, за попередніми даними, залишається на рівні показників попередніх шести років.

Наведені дані по цій захворюваності переважно включали число прооперованих хворих, які самостійно звернулися за медичною допомогою з приводу цього чи іншого захворювання. Фактично реальний рівень захворюваності на рак щитовидної залози серед даної популяції населення України значно вищий, оскільки більша частина осіб, які на момент Чорнобильської катастрофи були у віці від 0 до 18 років, не проходили активного медичного обстеження на виявлення такої патології. У найближче десятиліття пріоритетними групами дослідження частоти раку щитовидної залози будуть дорослі, які були опромінені в дитячому віці, а також учасники ліквідації наслідків аварії 1986 р.⁶

В цілому, кількість дітей, що перебувають під постійним медичним наглядом, становить понад 451,8 тис. осіб з урахуванням народжених після аварії. Серед дитячого населення, яке потерпіло внаслідок аварії і опосередковано зазнало її впливу, показник визнаних хворими становить 79,8%. Найнижчі показники визнаних здоровими серед такої категорії дітей у Чернігівській (88,4%) і Рівненській (85,6%) областях⁷.

У поаварійні роки відбувалось погіршення стану здоров'я, зумовлене підвищенням захворюваності по більшості класів хвороб, особливо органів травлення, кровообігу, дихання, нервової, ендокринної та сечостатевої систем. Жіноча нейросоматична захворюваність у всіх вікових періодах в основному переважала і супроводжувалась психічними розладами. За даними комплексного медичного обстеження патологічна ураженість евакуйованого населення м. Прип'ять через 10–17 років після аварії в середньому в 3,5–5,5 раза перевищила показники поширеності всіх хвороб серед не постраждалого населення. Частка серед евакуйованих, визнаних здоровими, кожен рік зменшується, що певною мірою зумовлено і постарінням цього контингенту.

Серед дорослого евакуйованого населення спостерігається швидке зростання рівня інвалідності. За даними епідеміологічних досліджень показники інвалідності з 1988 по 2002 рр. зросли у 22,5 раза (з 4,6 до 103,4 випадків на 1000 осіб). Рівень показників втрати працездатності значно

вищий серед осіб, інвалідність яких пов'язана із впливом чинників аварії. У 2001 р. частота інвалідності в даній когорті порівняно з тими, інвалідність яких була визначена за загальною захворюваністю, перевищувала по 1-й групі у 1,2 раза, по 2-й групі — у 5,6 раза, по 3-й групі — у 13,7 раза. У формуванні усіх груп інвалідності, пов'язаної з впливом чинників аварії, провідну роль відіграють хвороби органів кровообігу, нервової системи і органів чуття, травлення, ендокринної системи, новоутворення. Інвалідність за загальною захворюваністю зумовлена переважно хворобами органів кровообігу, нервової системи і органів чуття, кістково-м'язової системи.

Що стосується смертності, то за даними епідеміологічного аналізу впродовж 1988–2002 рр. рівень смертності дорослого евакуйованого населення зріс з 6,7 (1988 р.) до 12,1 (2002 р.) випадків на 1000 осіб. Середньорічний темп зростання загальної смертності становить 12,1%. Смертність чоловіків майже у 1,5 раза вища за відповідні показники смертності жінок.

У зв'язку з аварією населення забруднених зон зазнає, окрім радіаційного, дії низки негативних чинників, серед яких можна виділити пролонговане психоемоційне напруження (стрес), порушення нормального режиму харчування, обмеження, пов'язані з радіаційною обстановкою тощо. Отримані фахівцями дані вказують, на відсутність (на їх думку, хоча такі твердження здаються дивними в розрізі приведеної статистики) ефектів, появу яких однозначно зв'язують із впливом іонізуючого випромінювання. Разом з тим, за результатами щорічної диспансеризації, вже в перші 10 післяаварійних років число осіб, яких було визнано здоровими серед дорослого населення забруднених радіонуклідами територій, зменшилось удвічі, а 87% осіб працездатного віку оцінили своє здоров'я як незадовільне.

У структурі загальної захворюваності населення забруднених зон провідне місце займають хвороби системи кровообігу, органів дихання, нервової системи та органів чуття, травлення, кістково-м'язової та сечостатевої систем. Можливо, що певною мірою це пояснюється постарінням населення і негативною дією так званих звичайних факторів ризику (паління, зловживання алкоголю, незбалансоване харчування тощо).

Поряд з цифрами, наведеними вище, медики подають твердження, що будь-яких загальних закономірностей змін первинної захворюваності, характерних для мешканців забруднених територій, не виявлено. Однак серед дорослого населення виділені критичні субпопуляції, що потребують пильної уваги медиків, диспансерного спостереження та першочергового проведення профілактичних заходів. До них віднесені вагітні жінки та деякі професійні групи, характер роботи котрих пов'язаний з більш високими рівнями зовнішнього та внутрішнього опромінення (працівники лісних господарств, рільники, механізатори). Серед вагітних жінок з певних при-

чин зросла частота ускладнень вагітності і пологів (викиднів, кровотеч). У працівників лісу спостерігаються високі рівні хронічної патології органів травлення, нервової системи та органів чуття, кровообігу, кістково-м'язової системи. Серед механізаторів і рільників порівняно з доаварійним періодом та аналогічною групою контрольних «чистих» районів встановлено зростання захворюваності з тимчасовою втратою працездатності: за рівнем хвороб периферійної нервової системи — у 5 разів, гострих респіраторних захворювань та ішемічної хвороби серця — у 4 рази, хвороб сечостатевої системи — у 2 рази, печінки та підшлункової залози — в 1,51 раза. У цього контингенту відмічено пригнічення показників імунітету, порушення білкового і жирового обміну, відхилення від норми інших важливих показників стану внутрішнього середовища організму.

Вивчення стану здоров'я дорослого населення радіаційно забруднених територій у віддалені післяаварійні терміни свідчить про зв'язок його змін із впливом комплексу чинників, в тому числі тих, що супроводжували аварію. Певне збільшення захворюваності зумовлене покращенням виявлення хвороб у зв'язку з підвищенням ефективності диспансеризації, а також зміною вікової структури населення (збільшення частки старших вікових груп внаслідок міграції осіб молодшого віку). В окремих регіонах простежується чіткий вплив на стан здоров'я та формування захворюваності населення чинників еколого-демографічного, соціально-гігієнічного та іншого характеру, що склалися до аварії⁸.

Очевидно, бачення медиків-оптимістів було покладено в основу висновків МАГАТЕ 2005 р. Хоча за результатами 15-річного спостереження за різними групами постраждалих, в 2001 р. українськими вченими спільно з фахівцями тих же ВООЗ, НКДАР, ООН, МАГАТЕ та інших організацій було розроблено прогноз та рекомендації з мінімізації медичних наслідків аварії на найближчі роки. Вказувалося, що у наступні 10 років (до 2010 р.) можна чекати збереження тенденцій збільшення захворюваності по багатьох класах хвороб і, можливо, злоякісних новоутворень, з урахуванням природного старіння постраждалих контингентів⁹. Може такі висновки стали можливими, бо експерти, які їх готували, були не заангажовані МАГАТЕ?

І через 18 років фахівці-медики в офіційному матеріалі до парламентських слухань писали про те, що необхідне проведення досліджень ризику лейкемії та інших пухлинних захворювань за стандартизованими епідеміологічними програмами з обов'язковою міжнародною експертизою усіх випадків у трьох державах; що необхідно підсилити дослідження стану здоров'я дітей, звернувши особливу увагу на дітей, народжених від ліквідаторів, і дітей з найбільш забруднених територій, що отримали опромінення в період внутрішньоутробного розвитку; що необхідно продовжити

дослідження з оцінки важливості внеску дози опромінення й інших факторів у показники смертності і непухлинної соматичної захворюваності учасників ЛНА і жителів забруднених радіонуклідами територій; що необхідне розширення молекулярно-генетичних досліджень розвитку радіаційно зумовлених захворювань; що на національному та міжнародному рівнях існує необхідність розвитку і поглиблення програм наукових досліджень з урахуванням довгострокових завдань; що доцільно продовжити удосконалювання системи медико-санітарного забезпечення та соціального захисту населення, що постраждало в результаті Чорнобильської аварії, приділяючи особливу увагу контингентам пріоритетного медичного спостереження. А контингентами пріоритетного спостереження повинні бути особи, що потерпіли від гострої променевої хвороби, учасники ЛНА з дозами опромінення більшими за 250 мЗв, евакуйовані з 30-кілометрової зони, особи з високими дозами опромінення щитовидної залози, вагітні жінки і діти, що проживають на забруднених територіях і народилися від батьків, що отримали високі дози опромінення.

Тобто, в світлі вищенаведеного матеріалу, висновки МАГАТЕ 2005 р., що «...люди у вражених районах, за незначним виключенням, живуть нормальним життям» є більш ніж спірними. Якщо сотні тисяч людей мають проблеми, то вважати їх «незначним виключенням» — політичне блюзнірство. Тим більше, що під наглядом в медичних закладах системи МОЗ на початок 2004 р. перебувало більш як 2318,3 тис. осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, в тому числі 451,8 тис. дітей. Протягом 2000–2003 рр. обсяги охоплення постраждалих медичними оглядами залишались стабільними — 94,1–98,3%. Обсяги охоплення учасників ЛНА вищі (97,8%). При проведенні спецдиспансеризації найбільша увага приділялась дітям. Загалом, оглядами було охоплено 98–99% дітей. Огляди учасників ліквідації наслідків аварії переважно проводились до річниці Чорнобильської трагедії, дітей — до початку оздоровчого сезону.

Частка дорослого населення, визнаного хворим за результатами медичних оглядів, невпинно зростає і становить серед учасників ліквідації 94,2%. Серед евакуйованого населення — 89,8%, серед тих, хто проживає на радіоактивно забрудненій території — 84,7%. Найбільшу кількість «ліквідаторів», визнаних хворими, зафіксовано у м. Києві (99,85%), у Сумській (96,53%) та Донецькій (95,95%) областях¹⁰.

Офіційна версія обставин і причин аварії на ЧАЕС викладена в доповіді СРСР на нараді експертів МАГАТЕ у серпні 1986 р., практично унеможливила визначення точних параметрів короткострокових та довгострокових наслідків катастрофи. Оголошений сценарій аварії не давав можливості дослідникам встановити місця та час прояву факторів впливу на розвиток

процесів. Зрозуміло, що для питань, пов'язаних з радіоактивністю і прогнозуванням майбутніх наслідків для населення, точність визначення параметрів викидів і адекватність реальності вихідних даних про викиди з реактора мала вирішальне значення. Але в доповіді СРСР в МАГАТЕ та в доповіді Міжнародної консультативної групи з ядерної безпеки (МКГЯБ), підготовленої за дорученням МАГАТЕ у 1988 році (№ 75 INSAG-1) наявні абсолютні текстові повтори. Обидва матеріали підготовлені, виходячи з уяви про аварію, сформульованої у вступі до INSAG-1. Визнавши, що викид обмежився 50 МКі (прибл. 3,5%), ці організації погодили на міжнародному рівні базу для прогнозування рівнів опромінення населення та можливих наслідків в багатьох країнах світу, практично заморозивши показники викидів¹¹.

В доповіді СРСР 1986р. в МАГАТЕ наведено такі дані про кількість постраждалих від опромінення:

«На 6 годину ранку 26 квітня 1986 року госпіталізовано 108 осіб, а на протязі дня ще 24 з числа обстежених. Один постраждалий помер від опіків, один залишився в завалі.

До Москви за перші дві доби було направлено 129 пацієнтів. З них 84 особи отримали діагноз гострої променевої хвороби (ГПХ) — II–IV ступеню і 27 — I ступеню. У Києві було хворих ГПХ II–IV ступеню 17 осіб, ГПХ I ступеню — 55 осіб.

Загальна кількість загиблих від опіків та ГПХ серед персоналу на початок липня склала 28 осіб. Серед населення немає осіб, які б отримали великі дози, що призводять до ГПХ» (25–29 липня 1986 р.). Такими були цифри для МАГАТЕ і суспільства.

Проте, опубліковані через роки протоколи засідань Оперативної групи Політбюро ЦК КПРС дають іншу інформацію. В протоколах №№ від 6 до 16, що охоплюють засідання від 5 до 20 травня¹² наведені цифри, які стали результатом поширення радіоактивних викидів. Їх існування свідчать про рівень достовірності інформації, яка надходила до МАГАТЕ і сприймалась там.

• Протокол № 6 від 05.05.86р. «Загальна кількість госпіталізованих досягла 2757 осіб, серед них 569 дітей. З них 914 осіб мають ознаки променевого захворювання, серед них 18 осіб знаходяться у дуже важкому стані та 32 особи — у важкому стані».

• Протокол № 7 від 06.05.86р. «За станом на 9-00 годин 6 травня загальна кількість госпіталізованих склала 3454 особи. З них на стаціонарному лікуванні знаходиться 2609 осіб в тому числі 471 дитина. За уточненими даними число вражених променевою хворобою складає 367 осіб, в тому числі 19 дітей. З них у важкому стані — 34 особи. В 6-й лікарні Москви знаходяться 179 осіб, в тому числі 2 дитини».

• Протокол № 8 від 07.05.86 р. «За добу додатково госпіталізовано 1821 особу. На 10 годину 7 травня число осіб на стаціонарному лікуванні складає 4301 особу, в тому числі 1351 дитина. Серед них з діагнозом променевої хвороби налічується, включаючи працівників МВС СРСР, 520 осіб. У важкому стані знаходяться 34 особи».

• Протокол № 9 від 08.05.86 р. «За добу госпіталізованих збільшилось на 2245 осіб, в тому числі 730 дітей. З лікарень виписалось 1131 особа. На 10.00 8 травня число осіб на стаціонарному лікуванні склало 5415, в тому числі 1928 дітей. Діагноз променевого ураження зафіксовано у 315 осіб. Мінздрав СРСР затвердив нові норми допустимих рівнів опромінення населення, що перевищують попередні в 10 разів. В особливих випадках можливе збільшення цих норм до рівнів, що перевищують попередні в 50 разів.

Зобов'язати Мінздрав СРСР розгорнути в Москві три медичні установи для прийому осіб з районів радіаційного забруднення».

• Протокол № 10 від 10.05.86 р. «За минулі дві доби госпіталізовано 4019 осіб, з них 2630 дітей. Виписано з лікарень 739 осіб. Всього в стаціонарах знаходиться 8695 осіб, у тому числі з діагнозом гострої променевої хвороби — 238 осіб, серед яких 26 дітей.

Вирішено питання про госпіталізацію та дезактиваційну обробку осіб, що прибувають в Москву із Української та Білоруської РСР».

• Протокол № 11 від 11.05.86 р. «За минулу добу госпіталізовано 495 осіб, виписано з лікарень 1017 осіб. Всього на лікуванні — 8137 осіб, з діагнозом ГПХ 264 особи».

• Протокол № 12 від 12.05.86 р. «За минулу добу госпіталізовано 2703 особи, виписано 678 осіб. На стаціонарному лікуванні 10198 осіб, з них 345 мають ознаки променевої хвороби. Серед них 34 дитини.

Відмітити, що Мінздрав СРСР вважає можливим збільшити до 10 рентген на рік гранично припустиму дозу радіоактивного опромінення вагітних жінок і дітей, для іншого населення — до 50 рентген».

• Протокол № 13 від 13.05.86 р. «За минулу добу госпіталізовано 443 особи, виписано 908 осіб. На стаціонарі — 9733 особи, в тому числі 4200 дітей».

• Протокол № 14 від 14.05.86 р. «За минулу добу госпіталізовано 1059 осіб, виписано 1200. Хворих з діагнозом променевої хвороби 203 особи».

• Протокол № 15 від 16.05.86 р. «Число госпіталізованих — 7858 осіб в тому числі 3410 дітей. Діагноз променевої хвороби у 201 особи».

• Протокол № 16 від 20.05.86 р. «Число госпіталізованих за чотири доби збільшилось на 716 осіб. Променева хвороба підтверджена у 211 осіб, в тому числі у 7 дітей». В подальшому Оперативна група Політбюро ЦК КПРС відмовилась від обговорення питань про потерпілих.

У зв'язку з аварією на ЧАЕС в Україні постраждало майже 7% населення, 3,5 млн. її громадян одержали додаткове опромінення. Серед них — 1,3 млн. дітей. Медичне обстеження постраждалого населення показує, що серед них хворих біля 80%, в т.ч. серед ліквідаторів 85%, більше 82 тис. стали інвалідами¹³.

Вважається, що за весь післяаварійний період вже реалізовано біля 80% дози за все життя (за 70 років проживання на забруднених територіях). На протязі наступних 10–20 років основним дозоутворюючим радіонуклідом буде цезій-137, який формує біля 90% сумарної дози опромінення, в свою чергу 90–95% якої створюють продукти харчування. Тому основним напрямком контрзаходів із зменшення доз опромінення має бути виробництво «чистих» продуктів харчування¹⁴.

Складовою моніторингу стану здоров'я населення в державі є Український реєстр постраждалих, який включає біля 676598 осіб, в тому числі інформацію про стан здоров'я 205809 учасників ліквідації наслідків аварії. Крім того, 36 тис. осіб нараховує військово-медичний реєстр МВС і СБУ¹⁵.

До категорії тих, хто потребує пріоритетної медичної уваги, відноситься 700 тис. чол. дитячого населення, що проживають на забруднених територіях, евакуйованих та відселених, що отримали опромінення щитовидної залози. Серед групи дітей та підлітків (0–18 років у 1986 р.) в Україні зафіксовано більше 1200 випадків захворювання на рак щитовидної залози, більше 1000 визнано дітьми-інвалідами, внаслідок захворювань, пов'язаних з Чорнобильською катастрофою.

Станом на 1998р., наприклад, більше ніж в 3,3 рази збільшилась захворюваність на новоутворення серед постраждалих дорослих і підлітків у порівнянні з 1987 р., в тому числі злоякісні новоутворення щитовидної залози, виявлені вперше в житті, реєструються в 3,7 рази частіше, ніж у 1987 р. Смертність серед постраждалого населення, як і раніше, має тенденцію до зростання. З 1987 до 1998 рр. смертність від злоякісних новоутворень у постраждалого населення зросла у 1,8 рази¹⁶.

Бачити загальну картину кількості постраждалих та їхнього стану на загальнодержавному рівні дозволив автоматизований моніторинг стану здоров'я та персональний облік постраждалих, який здійснюється системою державного реєстру України. В ньому накопичено інформацію на 2 170 тис. осіб.

Ситуація, що склалась в країні у зв'язку з чорнобильською катастрофою, стимулювала розуміння державними структурами необхідності забезпечення якісного захисту життя, здоров'я людей від негативного впливу іонізуючих випромінювань, спричинених практичною діяльністю, а також у випадках радіаційних аварій, шляхом виконання запобіжних та рятуваль-

них заходів. Створення Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи було одним з кроків на визначеному законодавством шляху. Проте, офіційне оформлення створення і функціонування цього Реєстру дещо затяглося. Лише 9 червня 1997 р. Кабінет Міністрів спеціальною постановою затвердив Положення про його організацію та функціонування¹⁷.

Головними завданнями Державного реєстру є здійснення контролю за станом здоров'я осіб та вивчення близьких і віддалених медичних наслідків у осіб, які постраждали внаслідок катастрофи, тобто, ефективного розв'язання завдань медико-соціального забезпечення постраждалого населення.

Передбачалося, що дані, зібрані в Державному реєстрі, повинні сприяти розробленню та впровадженню профілактичних заходів, спрямованих на зниження негативних наслідків Чорнобильської катастрофи.

Реалізація цих завдань мала забезпечуватися шляхом створення автоматизованої інформаційної системи персонального обліку постраждалих, що проживають на території України; нагляду за станом їх здоров'я, автоматизованого збору та постійного збереження інформації, зібраної під час проведення цільових диспансеризацій. При цьому повинна була враховуватися індивідуальна та загальна дози внутрішнього і зовнішнього опромінення, мали здійснюватися постійний контроль, оцінка та прогнозування стану здоров'я зазначених осіб та медико-демографічної ситуації на основі інформації, зібраної в Державному реєстрі. Такий підхід мав сприяти виявленню достовірних причинно-наслідкових зв'язків між показниками здоров'я та факторами ризику радіаційного і нерадіаційного походження. Створення Реєстру передбачало також проведення обліку соціально-психологічних чинників для оцінки та прогнозування соціально-психологічної ситуації; проведення спеціальних наукових досліджень епідеміологічного, медико-біологічного та соціального характеру.

Державний реєстр складається з підреєстрів: медичного, дозиметричного та соціологічного, а також Українського військового реєстру та його підрозділів, які ведуться Міноборони, МВС та СБУ. Ці підреєстри і створюють ту інформаційну підтримку заходів медичного та соціологічного характеру, спрямованих на підтримку постраждалого населення.

Функціонування та фінансування діяльності Державного реєстру координує МНС, а МОЗ визначає організації, установи і заклади, які забезпечують реалізацію мети і головних завдань Державного реєстру.

Проте, на початок 2000 р., у МОЗ і МНС роботи щодо функціонування Державного медичного реєстру постраждалих осіб проводилися на низькому рівні. В наслідок цього і через 14 років з дня аварії ні Кабінет Міністрів, ні міністерство, ні облдержадміністрації, ні громадськість не

мали достовірної інформації щодо стану здоров'я постраждалого населення, невідомими лишались також наслідки дії малих доз радіації на організм людини на генетичному та імунному рівні, а також перспективи щодо цього. Відзначалося також, що до цього часу немає достовірних даних щодо кількості постраждалого населення з реалізованим ризиком, тобто хворих, хвороби яких пов'язані з наслідками Чорнобильської катастрофи. Тому виникала маса проблем, пов'язаних з визначенням категорій та кількості осіб, за якими повинні зберігатися ті чи інші пільги.

Викликала занепокоєння значна частка хворих серед ліквідаторів — 93%, і неможливість впливати на рішуче пом'якшення всіх негативних процесів і явищ¹⁸. Станом на 2004 р. серед ліквідаторів, зафіксованих у Реєстрі особливо виділені ліквідатори 1986 року з дозою опромінення понад 250 мілізівертів. У цій групі 145 осіб перенесли гостру променевою хворобу I–IV ступеня, з них померло 52 особи. Серед ліквідаторів 1986–87 років найвища смертність в Україні. Цей показник у 6 разів вищий, ніж середній по державі¹⁹.

Для забезпечення надання медичної допомоги постраждалим задіяна практично вся мережа медичних закладів — від районних поліклінік до спеціалізованих диспансерів, центрів (яких розгорнуто 13), і клінік науково-дослідних інститутів. 2003 р. дитячий спеціалізований центр розгорнуто на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Ліжкова потужність у спеціалізованих стаціонарах сягає 3 тис., внаслідок чого охоплення потерпілих медичними оглядами становить 95–98%, охоплення учасників ліквідації наслідків аварії — 97%, дітей — 99%. За результатами цих оглядів здоровими визнано 15,3% дорослого населення, 5,8% ліквідаторів і 14,1% дітей. Амбулаторним лікуванням охоплено 90% осіб, які потребують лікування, стаціонарним обстеженням та лікуванням постраждали забезпечені на 26–30%, і цей показник з року в рік зростає.

Серйозне занепокоєння викликає тенденція зростання інвалідності серед чорнобильців, їхня кількість лише за 2003 р. збільшилася майже на 4 тис. осіб і загалом становить 102 тис.²⁰ Щорічно майже тисяча жителів Житомирщини стають інвалідами. Як правило, їх інвалідність є наслідком аварії.

Експертними комісіями встановлення причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС у 2003 році розглянуто понад 11 200 медичних справ, з яких 8,3 тис. — справи інвалідів та померлих громадян. Причинний зв'язок хвороб і смерті підтверджено у 65% випадків. Інвалідність внаслідок Чорнобильської катастрофи мають понад 75 400 осіб усіх категорій постраждалих та 2 тис. дітей, які перебувають під наглядом у лікувально-профілактичних закладах системи МОЗ.

Гострою медичною проблемою є зростання кількості захворювань на рак щитовидної залози, інші пухлини і непухлинні захворювання. Найближчими роками очікується зростання лейкемії серед учасників ліквідації наслідків аварії. Погляд у майбутнє, на превеликий жаль, затьмарює демографічна криза, незадовільний стан здоров'я постраждалого дитячого населення, про це вже говорили, та результати генетичних досліджень, які свідчать про нестабільність геному, і з цим пов'язана в майбутніх поколіннях дефектура²¹.

Тиреодозиметрична паспортизація дозволяє визначити групу ризику за фактором опромінення щитовидної залози ізотопами йоду для дітей шести вікових груп та дорослих з метою попередження захворювання людей та надання їм необхідної допомоги. Протягом 1992–1999 років тиреодозиметричну паспортизацію виконано для всіх населених пунктів України. Враховуючи необхідність ревізії результатів паспортизації, що проводилася у 1992–1995 роках, у 2000 році проведено аналіз прямих вимірів активності щитовидної залози та доопрацьовано методику ретроспекції доз її опромінення. На жаль, згідно з чинним законодавством вважається постраждалою від Чорнобильської катастрофи дитина від 0 до 3 років, яка отримала 5 сантигрей, від 3 років до 18–10 сантигрей. Проте дітей, яким виповнилося 18 років, більш ніхто не обстежує, вони втрачають категорію «Д». Сотні тисяч молодих людей хворіють, але їх ніхто ніде не обстежує²².

Що стосується показників захворюваності постраждалого дитячого контингенту, то в останні роки, за даними МОЗ встановлена тенденція до їх стабілізації, зокрема захворюваності на хвороби органів травлення, нервової системи, шкіри та підшкірної клітковини, уроджені вади розвитку. Проте слід зазначити, що у структурі захворюваності дитячого населення за останні два роки з'явилася тенденція до зростання хвороб кістково-м'язової системи. Саме тому увага медиків та науковців останнім часом зосереджується на цій проблемі. За результатами досліджень Інституту педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України, у дітей, які постійно проживають на територіях радіоактивного забруднення, ця патологія зустрічається вдвічі частіше, ніж у дітей з умовно «чистих» територій. При цьому слід також звернути увагу на негативний вплив незбалансованості, недостатності вітамінів та мікроелементів у раціонах харчування зазначеної категорії дітей²³. На жаль, ситуація така, що в потерпілих районах, за оцінками фахівців, смертність серед новонароджених сягнула рівня 1913 року²⁴.

У майже 2300 населених пунктах України проживає 1 млн. дітей, офіційно визнаних державою потерпілими²⁵. Збільшення кількості онкологічних захворювань у дітей пов'язане з опроміненням малими дозами радіації.

Зростає кількість патології, в тому числі онкопатології, щитовидної залози у дітей, евакуйованих з епіцентру вибуху, які проживають на забруднених територіях. Збільшується кількість соматичних захворювань у дітей, а це означає, що вони не зможуть бути повноцінними громадянами. Вчені та лікарі США провели дослідження психічного стану дітей та підлітків, які мешкають на радіоактивно забруднених територіях, і зробили такі висновки: у 56% опитаних виявлено порушення психологічного розвитку, 10% відвідують думки про самогубство, у 3% фіксувалися такі намагання, 53% молоді хочуть залишити забруднені території, навіть з невисокими дозами радіації, назавжди. Тобто сьогодні проблема дітей Чорнобиля — це винятково соціальна проблема, вирішення якої багато в чому залежить від рівня фінансування.

Медичне забезпечення постраждалого населення, починаючи з 1994 року, здійснюється відповідно до Програми заходів з організації комплексного медико-санітарного забезпечення осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. За даними МНС²⁶ на її реалізацію у 1999 році лікувальним закладам було виділено 26837,2 тис. грн., (більше, ніж у 1998 році в 2,07 рази), у 2000 році — 35000,0 тис. грн., у 2001 році — передбачено державним бюджетом 39390,0 тис. грн. (профінансовано 31 млн. 866,15 тис. грн., тобто на 80,9 відсотків).

Серед напрямків діяльності державних структур, спрямованої на реалізацію соціальних гарантій держави, покликаних поліпшити стан здоров'я постраждалого населення, значне місце посідає оздоровлення різних його категорій²⁷.

Деякі питання організації оздоровлення дітей, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зокрема визначення переліку санаторно-реабілітаційних закладів, в яких здійснюється їх оздоровлення, стали предметом уваги постанови Кабінету Міністрів України № 336, прийнятій 14 квітня 1997 р. Передбачалося, що в спеціально визначених для цього санаторно-лікувальних закладах, що належать «Укрпрофоздоровниці», «Укрсільгоспоздоровниці» та ін., розташованих практично в усіх найкращих куточках України, за один заїзд мало відпочити 5265 дітей, а в цілому на рік ця кількість повинна була скласти 378975 чоловік. Ця постанова діяла до 2000 року, поки на підставі постанови КМ № 800 від 16 травня 2000 р. вона не втратила силу.

Фінансування оздоровлення дітей йшло по лінії обласних державних адміністрацій, якими на ці цілі було перераховано 175 млн. 105,1 тис. грн. з Чорнобильського Фонду. В Києві, завдяки Управлінню у справах захисту населення від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС Київської міськдержадміністрації, 1200 дітей 1983, 1984 та 1985 років народження з Шевчен-

ківського, Московського, Печерського, Дніпровського, Ватутінського та деяких інших районів міста, які мають статус постраждалих від наслідків Чорнобильської катастрофи, побували в одній з найкращих оздоровниць Закарпаття — у санаторії «Поляна» Свалявського району. Тут юні пацієнти протягом 18 днів у кожному із семи заїздів, із травня до серпня включно, лікували шлунково-кишкові захворювання і розлади, а також інші хвороби²⁸.

У спеціалізованих санаторіях системи охорони здоров'я 2003 р. оздоровлено понад 38,5 тис. осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, з них 36,2 тис. — діти. Однак, цей напрямок державної діяльності не позбавлений недоліків, притаманних вирішенню проблеми в цілому. Зокрема, йдеться про рівень фінансування цього напрямку боротьби з наслідками аварії — коштів на оздоровлення з року в рік виділяється все менше. При потребі, наприклад, Житомирщини в 36 млн. щорічно, виділяється близько 2 млн.²⁹ При такому рівні фінансування в 2003 р. оздоровилася лише кожна 10-та дитина, а у 2004, з урахуванням зростання вартості путівок, було реально реалізувати законне право на оздоровлення і санаторно-курортне лікування лише кожній 25-тій дитині, визнаній потерпілою³⁰.

В цілому розподіл коштів, виділених на оздоровлення та соціальну підтримку чорнобильців був великою проблемою, яка несла в собі можливості зловживань. Про це писав у доповідній записці від 21.08.1995 р. на ім'я віце-прем'єр-міністра України В.В. Дурдинця, головний консультант Комісії Верховної Ради України з питань Чорнобильської катастрофи В.І. Усатенко. Він зазначав, наприклад, що на перше півріччя 1995 р. загальна сума надходжень до Чорнобильського фонду була запланована в обсязі 31,4 трлн. крб. Фактично ж до Фонду надійшло 36 трлн. крб. В цей же час відшкодування місцевим бюджетам було проведене на рівні 70–75% від запланованого рівня. Крім того, сама реалізація заходів щодо соціального захисту постраждалих здійснювалась на хибній основі, яка створювала живильне середовище для зловживань. Тільки незначна кількість компенсаційних виплат безпосередньо, у вигляді готівки отримувалась постраждалими. Близько 75% пільг і компенсацій недоступні для постраждалих громадян, перерозподілялися між різними відомствами, при цьому і здійснювалися основні зловживання цими коштами. Ініціатива з переведення пільг і компенсацій з готівкових виплат у безготівковий розподіл між відомствами завжди належала Мінчорнобиллю і реалізовувалася у вигляді відповідних інструкцій. Лише деякі з них були скасовані судами³¹.

Ця доповідна записка дала поштовх до створення робочої групи із незалежних фахівців для перевірки викладених фактів. 15 вересня 1995 р. В.В. Дурдинець дав вказівку 10 держструктурам (док. № 41-У-16442/30) визначити представників для участі у робочій групі.

І хоча в наступні роки ситуація частково поліпшилась, прояви зловживань на всіх рівнях продовжували мати місце. Так, у Луцьку до кримінальної відповідальності було притягнуто фельдшера центру радіаційного захисту населення Волинської обласної клінічної лікарні, який на протязі двох років займався фіктивним списанням та крадіжками медичних препаратів. В Чернігівській області викрито голову та головного бухгалтера колективного сільгоспідприємства, які не за призначенням використали державні кошти, одержані господарством для оздоровлення своїх працівників, що проживали в зоні радіоактивного забруднення³². І такі факти — непоодинокі.

При цьому ще й склалась неприпустима ситуація із системою санаторних закладів. Санаторії доводилися до стану жалюгідного зубожіння, а потім за безцінь скуповувалися. Із 40 протитуберкульозних санаторіїв станом на 2004 р. 36 вже були приватизовані³³. У зв'язку з недоробками у організації оздоровлення дітей ставила з трибуни Верховної Ради ряд питань Н.Ю. Преображенська — голова Фонду спасіння дітей від Чорнобильської трагедії: «У нас є українська Швейцарія — Карпати. Хто там зараз шабаш чинить? Чому наші діти там не відпочивають? Що робиться з курортом Східниця, який має використовуватися для оздоровлення дітей згідно з розпорядженням Президента? Саме там вода містить залізо та багато корисних мінералів, і діти там мають відпочивати!». Було відзначено і погану організацію реалізації путівок, що створило штучну проблему з функціонуванням у Житомирській області 8 місцевих санаторно-оздоровчих закладів, де без роботи залишилися 1,5 тис. медперсоналу. Бездіють оздоровниці, де щороку оздоровлювалося близько 20 тис. потерпілих.

У благородній справі поліпшення стану здоров'я дітей України, що постраждали від Чорнобильської аварії, активну участь брали громадські та державні структури, приватні особи багатьох країн світу³⁴, зокрема всі пост чорнобильські роки продовжується українсько-кубинська програма оздоровлення дітей. Кубинська сторона, надаючи допомогу маленьким українським чорнобильцям, брала на себе турботу про оздоровлення, харчування і відпочинок дітей, а українська — мала забезпечити їх перевезення туди і назад. Чартерні рейси Київ–Гавана–Київ здійснювалися 4–5 разів на рік і перевозили до 900 пасажирів щорічно. Лише в оздоровчому центрі ім. Хосе Марті постійно лікувалося близько 200 дітей. Проте зриви у виконанні українською стороною своїх зобов'язань, які мали місце в попередні роки, продовжувалися і в новому тисячолітті. У кінці 2001 р., наприклад, у врегулювання цієї справи довелося втрутитися Президенту України. В рамках цієї програми у 2003 р., наприклад, пролікувалися та оздоровилися 529 дітей³⁵.

Однак на початках участь світової спільноти у оздоровленні дітей з України мала до певної міри стихійний характер, а тому несла в собі і певні негативні моменти, відкривала можливості для зловживань. У зв'язку із цим 1998 р. ця проблема стала предметом уваги Уряду України, яким 2 березня було затверджено Положення про порядок організації направлення дітей на оздоровлення за кордоном. Проте, в ході реалізації цього рішення було виявлено необхідність його вдосконалення, внесення деяких змін, що й було зроблено восени 1999 р.³⁶

Уряд вважав необхідним доручити Державному комітету по туризму посилити контроль за діяльністю підприємств, установ та організацій, що здійснюють направлення дітей на оздоровлення за кордоном, а Державним комітетам у справах охорони державного кордону та митної служби — за чітким пропуском організованих груп дітей, які туди виїжджають.

Передбачалось, що це положення сприятиме впорядкуванню організації виїзду дітей на оздоровлення за кордоном саме у складі організованих груп, а також позитивно позначиться на вдосконаленні системи контролю та звітності щодо цього. Цією діяльністю дозволялось займатися лише підприємствам, установам, організаціям, а також фізичним особам, які одержали ліцензію Держкомтуризму. Фінансування виїзду та перебування дітей на оздоровленні за кордоном здійснювалося за рахунок сторони, яка приймає або направляє дітей (за домовленістю, згідно з укладеним договором (контрактом), а також залучених коштів і коштів батьків. Списки дітей, які виїжджали на оздоровлення за кордоном, мали погоджуватися з відповідними підрозділами Міністерства освіти Автономної Республіки Крим, управліннями освіти обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. У разі укомплектування груп дітей з різних регіонів України списки дітей мали погоджуватися з відповідними підрозділами Міносвіти. Для отримання дозволу на виїзд на оздоровлення за кордоном дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, організатори виїзду мали подати заяву до відповідних, вище означених структур.

Що ж стосується оздоровлення дорослих постраждалих, то з вересня 1998 р. встановлено порядок виділення коштів на їх лікування. Спочатку це була допомога на лікування важко хворих чорнобильців, потім, у січні 1999 р., вона переросла у фінансування хірургічних операцій постраждалих у стаціонарах спеціалізованих центрів та клінік НДІ України. Вартість таких операцій в окремих випадках сягала 40–50 тис. грн. Проводились також виплати громадянам щорічної допомоги на оздоровлення, а за невикористані путівки на санаторно-курортне лікування передбачена грошова компенсація³⁷.

Прийнявши пропозицію МНС про встановлення, відповідно до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», середньої вартості путівки для виплати компенсації, Кабінет Міністрів України у своїй постанові № 636 від 12 квітня 2000 р., їх вартість у 1999 р. визначив у таких розмірах: громадянам, віднесеним до категорії 1, — 70 гривень; дітям, одному із батьків або особі, яка їх замінює (у разі неможливості надання путівок на санаторно-курортне лікування та оздоровлення), — 38 гривень.

Одним із наслідків проживання на забруднених територіях із ризиком для здоров'я, який потребує цілеспрямованих і постійних зусиль держави, став значний психологічний дискомфорт, втрата перспектив у житті та соціальна депресія певної частини населення. Про необхідність докладання зусиль, спрямованих на подолання цього стану та внесення в суспільну свідомість соціального оптимізму неодноразово заявляли соціологи НАН України, зокрема група дослідників, керована Ю.І.Саєнком. У зв'язку із цим важливим напрямком діяльності влади щодо профілактики нервово-психічних розладів серед постраждалого населення є започаткування з допомогою міжнародних організацій служб соціально-психологічної реабілітації та інформування громадськості. На 2001 р. за даними МНС функціонувало чотири центри соціально-психологічної реабілітації в Київській області та один центр в м. Коростені Житомирської області. Діяльність центрів спрямована на корекцію психоневрологічного стану найбільш вразливих верств постраждалого населення, в т. ч. дітей з малозабезпечених сімей, інвалідів та переселених сімей. Основними напрямками їх діяльності є: зниження загальної напруженості і тривожності серед населення, яке постраждало; надання психологічної допомоги сім'ї і школі у роботі з дітьми; робота з профорієнтації молоді та безробітних в нових економічних умовах; надання психологічної та соціальної підтримки малозабезпеченим, незахищеним групам населення (інваліди та їх сім'ї, самотні матері, сироти та ін.); розвиток волонтерського руху; комплексна допомога особам у кризовій ситуації; екологічна просвіта населення; інформаційно-аналітична діяльність. На базі центрів створені «Школи безпеки та виживання», впроваджуються комп'ютерні програми професійної орієнтації молоді, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, та має вади здоров'я³⁸.

Допомога зарубіжних країн в оздоровленні населення України поширюється і на розвиток матеріально-технічної бази медичних закладів. В Україні діє 5 українсько-американських центрів здоров'я. Такі медичні осередки були сформовані у 2000 р. у Волинській, Рівненській, Черкаській та Житомирській областях. Восени 2001 р. була створена п'ята мобільна бригада в м. Києві. Фінансують цю програму американські лікарі з компанії «Медікал

Сервіс Корпорейшн Інтернешнл». У співпраці, наприклад, з Житомирською облдержадміністрацією, в 5 районах області — Ємільчинському, Олевському, Лугенському, Новоград-Волинському та Коростенському мобільна бригада провадила обстеження населення. Було обстежено зокрема 18 тис. дітей. У 8% їх виявлено патологію щитовидної залози, у 11% — психоемоційні розлади.

Важливим кроком в напрямку вдосконалення суспільного життя і охорони здоров'я населення стало підписання Президентом України 14 січня 1998 р. Закону «Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань», який передбачав цілий ряд заходів, спрямованих на регулювання правовідносин між державою, в особі її відповідних органів виконавчої влади, юридичними та фізичними особами, що виникають у зв'язку з практичною діяльністю³⁹.

Відповідно до цього Закону, з метою вжиття заходів для зниження рівнів опромінення населення, Кабінет Міністрів України прийняв 16 березня 1999 р. постанову № 406 «Про порядок створення єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення». Реалізацією цього завдання повинні займатися структури Міністерства охорони здоров'я разом з Міністерством енергетики, Міністерством охорони навколишнього природного середовища та ядерної безпеки, Міністерством з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерством оборони, Міністерством внутрішніх справ. Вони були зобов'язані вжити заходів для створення до кінця 2000 року єдиної державної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення, що формуються під дією різних джерел іонізуючого випромінювання та джерел, обумовлених природним, техногенно зміненим радіаційним фоном, а також під час проведення медичних рентгенорадіологічних процедур.

Проте, виникає думка про можливу неоднозначність передбачуваних цифр, оскільки постановою встановлено, що контроль і облік індивідуальних доз опромінення населення проводиться організаціями, які використовують джерела іонізуючого випромінювання і можуть бути зацікавлені у їх приховуванні.

У зв'язку з необхідністю захисту організму людини від радіаційної загрози, в забруднених районах з 1995 року проводяться дослідження вмісту в ньому інкорпорованого радіоцезію. Виявлено, що внутрішнє опромінення становить від 60 до 95% від загальної дози, а в деяких місцях ця цифра доходить до 98%. У зв'язку з цим зменшення внутрішнього опромінення, що його люди отримують на забруднених землях, споживаючи продукти харчування місцевого виробництва, продовжує залишатися серйозною проб-

лемою через необхідність профілактики високого ризику зростання захворюваності населення. У 2000 р. проведено вимірювання вмісту інкорпорованого радіоцезію у 35 тис. мешканців населених пунктів, віднесених до забруднених зон. Банк даних містить результати майже 515 тис. вимірів, що дало можливість сформулювати бачення шляхів накопичення доз внутрішнього опромінення, прослідкувати його вплив на стан здоров'я, а отже, і вплинути на визначення статусу⁴⁰.

Необхідно відзначити, що всі ці напрямки діяльності держави відбито серед пріоритетних напрямків нової Концепції захисту населення у зв'язку з Чорнобильською катастрофою, якою передбачено надання медичної допомоги постраждалим особам за адресним принципом; проведення заходів, спрямованих на зменшення потенційного ризику втрати здоров'я; мінімізацію сукупної шкоди для здоров'я від впливу іонізуючого опромінення тощо. Крім того, узагальнення досвіду, набутого в Україні в ході ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та екстремальних подій в інших країнах світу привели, зрештою, до вироблення єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру, яка покликана, крім всього іншого, зберегти життя та здоров'я громадян держави⁴¹.

¹ Міжнародний Чорнобильський форум створено у 2003 р. Його мета — підготовка чітких та уніфікованих висновків щодо радіологічного впливу на здоров'я населення та екологію районів, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, а також шляхи їх подальшої мінімізації (Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2003 році. — К. — 2004. — С. 355).

² The Ukrainian Weekly. — 1991, June 9.

³ Відгуком на цю подію стала публікація в США в газ. Svoboda (2002, 12 квітня).

⁴ Кошунствуют над могилами убиенных радиацией. — Зеркало недели. — 2005, № 43.

⁵ Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2003 році. — К., 2004. — С. 372; 18 річниця Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє. — Матеріали парламентських слухань у Верховній Раді України 21 квітня 2004 року. — Парламентське видавництво. — 2004. — С. 18.

⁶ 18 річниця Чорнобильської катастрофи. Погляд у майбутнє. — Матеріали парламентських слухань у Верховній Раді України 21 квітня 2004 року. — Парламентське видавництво. — 2004. — с. 59–60, 68.

⁷ Там само. — с. 58–59.

⁸ Там само. — С. 93, 94.

⁹ Там само. — С. 68.

¹⁰ Там само. — С. 58.

- ¹¹ Доповідь СРСР в МАГАТЕ, ст. 49, 50, 51; Доповідь МКГЯБ, ст. 4, 5.
- ¹² Протоколи засідань ОГ ПБ ЦК КПРС опубліковані в кн.: Алла Ярошинская. Чернобыль. Совершенно секретно. — М. — «Другие берега». — 1992. — с. 267–313.
- ¹³ Поярко́в В.О., Бебешко В.Г., Десмет Г., Лось И.П., Холоша В.И., Пристер Б.С., Рубо Д., Шестопалов В.М., Ковальчук В.М., Гурачевский В.Л., Шевчук В.Е. Основные приоритеты минимизации последствий аварии на ЧАЭС на период 2001–2010 годы. — С. 5.
- ¹⁴ Поярко́в В.О., Бебешко В.Г., Десмет Г., Лось И.П., Холоша В.И., Пристер Б.С., Рубо Д., Шестопалов В.М., Ковальчук В.М., Гурачевский В.Л., Шевчук В.Е. Основные приоритеты минимизации последствий аварии на ЧАЭС на период 2001–2010 годы. — С. 4.
- ¹⁵ Там само. — С. 5.
- ¹⁶ Поярко́в В.О., Бебешко В.Г., Десмет Г., Лось И.П., Холоша В.И., Пристер Б.С., Рубо Д., Шестопалов В.М., Ковальчук В.М., Гурачевский В.Л., Шевчук В.Е. Основные приоритеты минимизации последствий аварии на ЧАЭС на период 2001–2010 годы. — С. 5.
- ¹⁷ Постанова КМ № 571 від 9 червня 1997 р.
- ¹⁸ Парламентські слухання «18 річниця Чорнобильської катастрофи...» — С. 148.
- ¹⁹ Парл. слух. 18 років, с. 89–90.
- ²⁰ Там само, с. 148.
- ²¹ Парл. слух. 18 р. — С. 169.
- ²² Там само, с. 208.
- ²³ Парл. слух. 18 років. С. 163.
- ²⁴ Там само, с. 165.
- ²⁵ Там само, с. 196.
- ²⁶ <http://mns.gov.ua/chornobyl/budprog/>
- ²⁷ Рішення МНС «Про затвердження Порядку виплати компенсації середньої вартості путівки на санаторно-курортне лікування та відпочинок дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» 19.10.1995 р.
- ²⁸ Вісник Чорнобиля, 2000, №№ 6, 39.
- ²⁹ Парл. слух. 18 р. — З виступу Дідківського М.П. — С. 187.
- ³⁰ Там само, з виступу Карпачової Н.І. — С. 165.
- ³¹ За доповідною запискою від 21.08.1995 р. головного консультанта Комісії Верховної Ради України з питань Чорнобильської катастрофи В.І. Усатенка на ім'я віце-прем'єр-міністра України В.В. Дурдинця. — С. 4.
- ³² Факты. — 1998. — 28 квітня, 27 серпня.
- ³³ Парламентські слухання 2004 р. — З виступу Гродзинського Д.М. — С. 204.
- ³⁴ Детально див. спеціальний розділ книги: Барановська Н.П. Україна — Чорнобиль — світ.
- ³⁵ З виступу Педченка Т.В. на Парламентських слуханнях 2004 р. — С. 163.
- ³⁶ Постанови КМ № 263 від 2 березня 1998р. та № 1622 від 1 вересня 1999 р.
- ³⁷ Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 987 «Про затвердження Порядку використання коштів Фонду для здійснення заходів щодо ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та соціального захисту населення»; Вісник Чорнобиля, 2000, № 6.

³⁸ Національна доповідь 2003. — С. 378; <http://mns.gov.ua/chornobyl/budprog/>

³⁹ Відомості Верховної Ради, 1998, № 22, с. 115.

⁴⁰ Див. Вісник Чорнобиля, 2000, № 41.

⁴¹ Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 серпня 1998 р. № 1198. — Офіційний вісник України, 1998, № 31, с. 41–61.