

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ В РЕЗУЛЬТАТЕ КАТАСТРОФЫ НА ЧАЭС

А.В.Рожко

Республиканский научно-практический центр радиационной медицины  
и экологии человека, г. Гомель

*Перечислены нормативные правовые акты, регулирующие медицинскую помощь населению, пострадавшему в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС. Отмечены недостатки действовавшей ранее системы учета этой категории граждан, которые были учтены при разработке в 2009–2010 гг. новых нормативных документов. Подчеркнуто, что для повышения доступности и качества медицинской помощи пострадавшему населению необходимо оптимизировать имеющиеся ресурсы здравоохранения, организовать скрининг особо уязвимых групп населения (детей), находившихся под воздействием высоких доз радиоактивного йода, которые подвержены значительно большему риску, чем население в целом, а также продолжать скрининг и прогнозирование новых случаев возникновения рака щитовидной железы и далее вести качественные регистры больных раковыми заболеваниями.*

Рациональное использование имеющихся ресурсов с одновременным повышением качества медицинской помощи в условиях объективного ограничения финансовых возможностей государства – одна из важных задач системы здравоохранения Беларуси.

Для реализации государственных гарантий в области обеспечения населения, пострадавшего в результате катастрофы на ЧАЭС, доступной и качественной медицинской помощью необходима оптимизация имеющихся ресурсов с позиции «затраты – полезность» [1]. Поэтому в республике продолжается процесс совершенствования организации медицинской помощи этой категории граждан.

Для решения медицинских проблем с 1986 г. в Республике Беларусь была организована специальная диспансеризация.

В 1987 г. приказом Министерства здравоохранения СССР №640-ДСП были определены объемы медицинского обследования и категории граждан, подлежащих специальной диспансеризации, создан Республиканский уровень Всесоюзного распределенного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС.

Закон Республики Беларусь от 22.02.1991 г. №634-ХІІ «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» определил:

- граждан, относящихся к различным категориям пострадавшего населения;
- необходимость систематического медицинского обследования и наблюдения за пострадавшим населением.

В связи с принятием закона были разработаны нормативные документы, определяющие порядок, объем и частоту медицинского наблюдения:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.06.1992 г. №104 «О диспансеризации населения, подвергнувшегося радиационному воздействию в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС»;

Положение о порядке проведения специальной диспансеризации граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС (утверждено совместным решением от 02.04.1992 г. №4/3 Коллегии Государственного комитета Республики Беларусь по проблемам последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС и Министерством здравоохранения Республики Беларусь);

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 05.05.1993 г. №283 «О создании Белорусского Государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (определены категории граждан и группы лиц первичного учета).

По мере накопления научных данных совершенствовались вопросы организации диспансерного наблюдения пострадавшего населения. В 1999–2001 гг. проведение специальной диспансеризации регулировалось:

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.04.1999 г. №122 «О совершенствовании диспансеризации населения, пострадавшего от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (утвержден «Порядок проведения диспансеризации граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС»);

постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.08.2001 г. №57 «О совершенствовании диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения»;

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.10.2001 г. №250 «О совершенствовании диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения».

Причинная связь инвалидности с катастрофой на Чернобыльской АЭС определялась следующими нормативными документами:

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.07.1996 г. №125 «О порядке проведения межведомственным экспертным Советом экспертизы по установлению причинной связи заболеваний с последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС»;

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.12.1998 г. №381 «Об утверждении перечней заболеваний, возникновение которых может быть связано с последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС»;

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.04.1999 г. №105 «Об утверждении перечней заболеваний, возникновение которых может быть связано с последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС».

К основным недостаткам действовавшей системы учета пострадавшего населения следует отнести отсутствие в республиканской базе данных Государственного регистра лиц, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, медицинской информации о населении, подвергшемся воздействию радионуклидов йода в детском и подростковом возрасте и относящемся к 5-й группе первичного учета. Кроме того, функционировавшая система диспансеризации не предусматривала обязательного осмотра эндокринолога и УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) для лиц 5-й группы первичного учета старше 18 лет. В перечень заболеваний, возникновение которых может быть связано с последствиями катастрофы на ЧАЭС, был внесен аутоиммунный тиреоидит.

В результате проведенных исследований стало ясно, что лица, подвергшиеся воздействию радионуклидов йода в детском и подростковом возрасте (5-я группа первичного учета), имеют высокий уровень заболеваемости доброкачественными и злокачественными узловыми образованиями ЩЖ, что требует особого медицинского подхода к дан-

ной категории граждан. Кроме того, вся вышеперечисленная нормативно-правовая база не отражала в полной мере накопленной научной информации по медицинским аспектам последствий и рациональному использованию имеющихся материальных ресурсов здравоохранения. Поэтому возникла необходимость разработки оптимизированной системы медицинского учета и диспансеризации, а также унификации перечня заболеваний, возникновение которых может быть связано с последствиями катастрофы на ЧАЭС.

Закон Республики Беларусь от 06.01.2009 г. №9-З «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской ЧАЭС, других радиационных аварий» и накопленная научная информация легли в основу разработки новых нормативных документов.

У лиц, подвергшихся воздействию радионуклидов йода в детском и подростковом возрасте (5-я группа первичного учета), уровень заболеваемости тиреоидной патологией зависит от полученной дозы облучения, возраста на момент катастрофы и пола. Анализ заболеваемости данной категории необходим для разработки методов и критериев определения групп повышенного радиационного риска с последующей оптимизацией организации системы медицинской помощи.

В постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 11.06.2009 г. №773 «Об утверждении положений о межведомственных экспертных советах по установлению причинной связи заболеваний, приведших к инвалидности или смерти, у лиц, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и о Государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий» отсутствуют указания о включении в базу данных Государственного регистра различных уровней определенного контингента лиц. Это позволяет на республиканском уровне проводить радиационно-эпидемиологический и статистический анализ наиболее информативной в плане медико-биологических последствий катастрофы на ЧАЭС категории лиц (5-я группа первичного учета).

Для принятия правильных управленческих решений проведены расчеты по прогнозированию заболеваемости радиационно-индуцированными доброкачественными узлами ЩЖ [2, 3]. При расчетах были использованы:

- аддитивная прогностическая модель;
- избыточный абсолютный риск одноузловой зоба для мужчин  $12,1$  на  $10^4$  чел.-лет-Гр и  $10,1$  на  $10^4$  чел.-лет-Гр для женщин;

- избыточный абсолютный риск многоузлового зоба для мужчин 6,3 на  $10^4$  чел.-лет-Гр и 7,8 на  $10^4$  чел.-лет-Гр для женщин;
- избыточный абсолютный риск аденомы ЩЖ для обоих полов 3,9 на  $10^4$  чел.-лет-Гр;
- уточненные параметры медико-демографического блока и дозиметрической информации;
- усредненные повозрастные коэффициенты естественной убыли.

Результаты расчетов представлены в табл. 1.

Полученные данные свидетельствуют о возможном развитии в течение ближайших 5 лет до 3,5 тыс. случаев радиационно-индуцированных доброкачественных узловых образований ЩЖ среди облученного в детском и подростковом возрасте населения Беларуси. При этом на долю жителей Гомельской области придется около 65%, а жители Брестской, Могилевской областей, г. Минска будут составлять примерно по 10%.

Показатели накопленной радиационно-индуцированной заболеваемости в них за 2010–2014 гг.

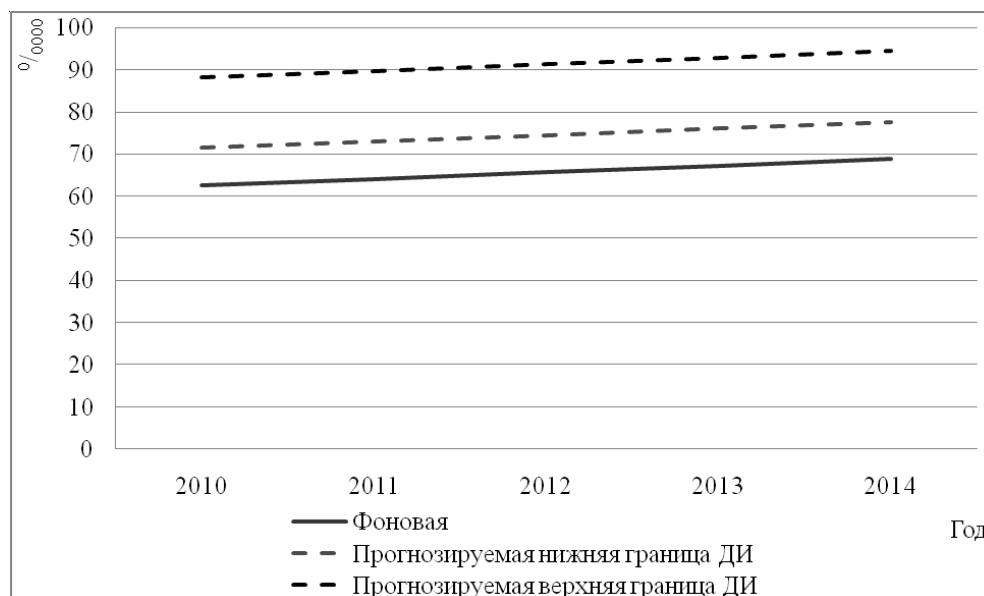
не имеют статистически значимых различий. При сравнении уровня накопленной за 5 лет заболеваемости в регионах Беларуси заболеваемость в Витебской, Гродненской и Минской области достоверно ниже, чем в Брестской, Могилевской областях или г. Минске. Достоверно самый высокий уровень заболеваемости отмечается в Гомельской области.

С учетом полученных данных об избыточной радиационно-индуцированной заболеваемости доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ проведено прогнозирование ожидаемой первичной заболеваемости среди населения Беларуси, облученного в детском и подростковом возрасте. Для расчета использована спонтанная заболеваемость детского населения Республики Беларусь в 2004–2008 гг., аппроксимированная линейной функцией для лиц старшего возраста. Прогнозируется возрастание избыточной заболеваемости доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ с 2010 по 2014 год на уровне 7–9% (рис. 1).

Таблица 1

**Ожидаемое количество индуцированных радионуклидами йода случаев доброкачественных узлов щитовидной железы среди населения Беларуси за период 2010–2014 гг. (95% ДИ)**

Регионы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Случаи	$\text{‰}$	Случаи	$\text{‰}$	Случаи	$\text{‰}$
Брестская	70÷178	7,1÷17,8	51÷176	5,2÷17,7	121÷354	6,1÷17,9
Витебская	8÷21	0,9÷2,4	6÷21	0,7÷2,4	14÷42	0,8÷2,4
Гомельская	444÷1122	39,0÷97,5	318÷1106	27,9÷96,2	762÷2228	33,3÷97,3
Гродненская	6÷16	0,9÷2,0	5÷17	0,7÷2,1	11÷73	0,7÷2,1
Минская	15÷37	1,4÷3,5	10÷36	1,0÷3,5	25÷73	1,2÷3,5
Могилевская	66÷167	7,9÷19,3	48÷167	5,8÷19,4	114÷333	6,7÷19,7
Минск	72÷182	7,1÷17,9	50÷175	4,9÷17,2	122÷356	6,0÷17,6
РБ	681÷1721	10,3÷25,5	488÷1698	7,4÷25,2	1170÷3419	8,8÷25,6



**Рис. 1. Прогнозируемая заболеваемость доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы среди населения Беларуси ( $\text{‰}$ )**

В период 2010–2014 гг. может развиваться около 12,2 тыс. новых случаев доброкачественных узлов ЩЖ (сумма спонтанных и радиационно индуцированных случаев) среди населения Беларуси, облученного в детском и подростковом возрасте (табл. 2).

У жителей Гомельской области может развиваться от 2,3 до 3,7 тыс. избыточных случаев, что достоверно выше, чем в других областях Беларуси и г. Минске. Примерно равное количество случаев будет регистрироваться в Брестской области и г. Минске. Достоверно самое низкое количество случаев будет зарегистрировано в Гродненской области. Количество новых случаев в Витебской области значительно ниже, чем в Брестской, Гомельской, Минской, Могилевской областях и г. Минске.

В Беларуси с 1970 по 2004 годы зарегистрировано 13807 случаев рака щитовидной железы (РЩЖ), из них 2301 случай у мужчин и 11506

случаев у женщин (соотношение 0,2:1,0). До начала 1990-х гг. число ежегодно выявляемых новых случаев оставалось в пределах 20–30 [4]. В связи с этим при прогнозировании заболеваемости РЩЖ была использована спонтанная заболеваемость для мужчин и женщин с коэффициентами избыточного абсолютного риска (мужчины – 13,8 на  $10^4$  чел.-лет-Гр; женщины – 11,6 на  $10^4$  чел.-лет-Гр и 95% ДИ).

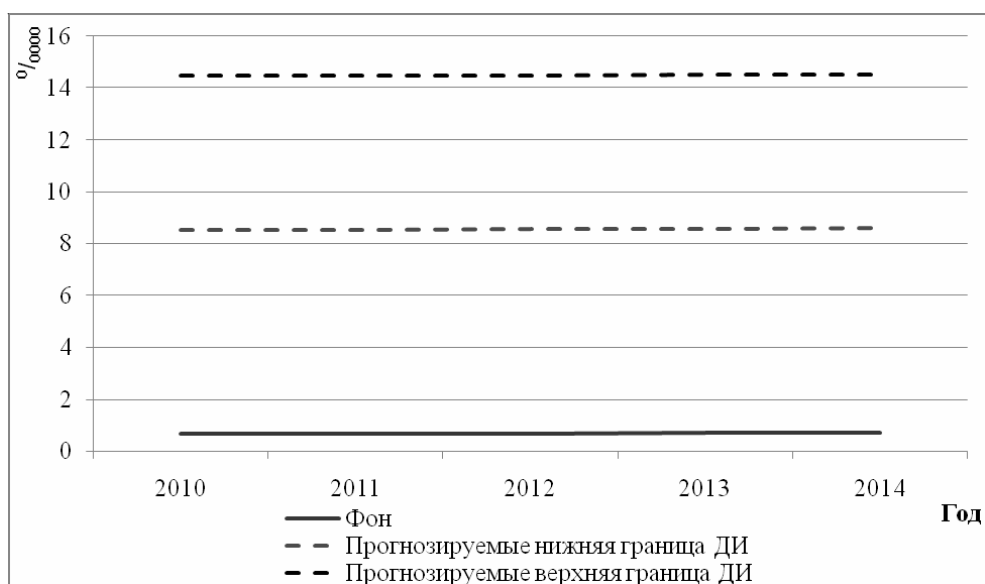
С 2010 по 2014 год не прогнозируется роста избыточной заболеваемости РЩЖ у мужчин, облученных в детском и подростковом возрасте (рис. 2), у аналогичной когорты женщин в этот период прогнозируется возрастание избыточной заболеваемости РЩЖ на уровне 3–5% (рис. 3).

В период 2010–2014 гг. может развиваться около 2 тыс. новых случаев РЩЖ (сумма спонтанных и радиационно-индуцированных случаев) среди населения Беларуси, облученного в детском и подростковом возрасте (табл. 3).

Таблица 2

**Ожидаемое количество первичных случаев доброкачественных узлов щитовидной железы среди населения Беларуси за период 2010–2014 гг. (95% ДИ)**

Регионы	2010	2011	2012	2013	2014	Всего Случаи
	$\frac{0}{0000}$	$\frac{0}{0000}$	$\frac{0}{0000}$	$\frac{0}{0000}$	$\frac{0}{0000}$	
Брестская	68,8÷80,6	70,4÷82,1	71,9÷83,7	73,4÷85,2	75,0÷86,8	1423÷1656
Витебская	63,5÷65,1	65,1÷66,6	66,6÷68,2	68,1÷69,7	69,7÷71,3	1160÷1187
Гомельская	96,0÷159,9	97,5÷161,5	99,1÷163,1	100,6÷164,7	102,2÷166,3	2268÷3734
Гродненская	63,4÷64,8	65,0÷66,4	66,5÷67,9	68,0÷69,5	69,6÷71,0	1036÷1058
Минская	63,9÷66,2	65,4÷67,7	67,0÷69,3	68,5÷70,8	70,1÷72,4	1395÷1444
Могилевская	69,4÷82,4	71,0÷83,9	72,5÷85,5	74,0÷87,0	75,6÷88,6	1225÷1444
Минск	68,7÷80,2	70,3÷81,8	71,8÷83,3	73,3÷84,9	74,9÷86,4	1457÷1692
РБ	71,4÷88,2	73,0÷89,8	74,5÷91,3	76,1÷92,9	77,6÷94,5	9965÷12215



**Рис. 2. Прогнозируемая заболеваемость раком щитовидной железы среди мужского населения Беларуси**

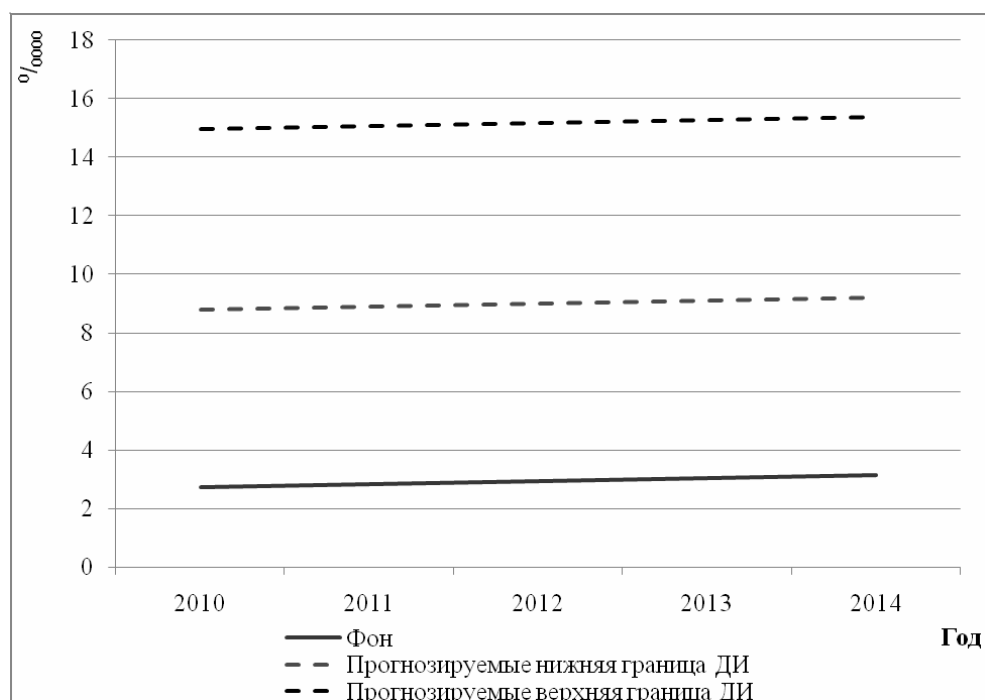


Рис. 3. Прогнозируемая заболеваемость раком щитовидной железы среди женского населения Беларуси

Таблица 3

Ожидаемое количество случаев первичной заболеваемости раком щитовидной железы среди населения Беларуси за период 2010–2014 гг.

Пол	2010	2011	2012	2013	2014	Всего	
						Случаи	‰
Муж.	114÷203	114÷202	114÷201	113÷200	113÷199	568÷1006	8.6÷15.2
Жен.	119÷202	121÷204	122÷205	123÷206	124÷207	609÷1024	9.2÷15.4
Всего	234÷405	234÷406	235÷406	236÷406	237÷406	1176÷2029	8.5÷14.8

Прогнозирование роста доброкачественных и злокачественных узлов ЩЖ среди детей и подростков, подвергшихся воздействию радионуклидов йода, показало, что может развиваться более 14 тыс. новых случаев, из них около 4,5 тыс. радиационно-индуцированных. Поэтому при разработке постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.03.2010 г. №28 «О порядке организации диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и структурного элемента нормативного правового акта» было предложено выделить группу (Б) повышенного радиационного риска: лица в возрасте от 0 (получившие внутриутробное облучение) до 18 лет на момент аварии на Чернобыльской АЭС (1968–1986 годы рождения), а также определить для нее обязательный осмотр эндокринолога, УЗИ ЩЖ.

Кроме того, пунктом 17 данного постановления сохранена такая форма организации медицинской помощи, как выездные бригады, и расширены их возможности, т.е. возможность комплектования с учетом особенностей и специфики района выезда.

При расчете экономической целесообразности функционирования выездных бригад проведено сравнение стоимости одного посещения врача выездной бригады со стоимостью одного посещения врача консультативной поликлиники ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ».

Расходы на одно посещение к врачу выездной бригады ( $C_{вб}$ ) в 2009 г. рассчитывались по формуле:

$$C_{в.б.} = \frac{P_{факт}}{K_{нос}}, \quad (1)$$

где

$P_{факт}$  – сумма фактических расходов по выездным бригадам за 2009 г.;



$K_{нос.}$  – количество посещений к врачам выездных бригад за 2009 г.;

$$P_{факт} = Z + H_{з.п.} + P_{ком} + P_{тр} + P_{р.мат.}, \quad (2)$$

$Z$  – заработная плата врачей выездных бригад за 2009 г.;

$H_{з.п.}$  – начисления на заработную плату врачей выездных бригад за 2009 г.;

$P_{ком}$  – командировочные расходы по выездным бригадам за 2009 г.;

$P_{тр}$  – транспортные расходы по выездным бригадам за 2009 г.;

$P_{р.мат.}$  – затраты по расходным материалам, затраченным врачами выездных бригад за 2009 г.;

$$P_{факт} = 141462,3 + 48682,7 + 52133,4 + 7567,4 + 179,8 = 250025,6 \text{ тыс. рублей}$$

В 2009 г. было осуществлено 43180 посещений к врачам выездной бригады. Стоимость одного посещения составила:

$$C \text{ в.б.} = 250025,6 \text{ тыс.руб.} : 43180 \text{ посещений} = 5,8 \text{ тыс.руб.}$$

Стоимость посещения врача консультативной поликлиники ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» рассчитывалась исходя из соотношения суммы фактических расходов к количеству посещений, сложившихся за 2009 г. по консультативной поликлинике (приказ директора ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» от 24.02.2009 г. №96 «О распределении расходов на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь»). Фактические расходы включали все статьи бюджетной классификации и составили (без учета затрат на капитальный ремонт и приобретение оборудования) 26427942,7 тыс. рублей в целом, из них по консультативной поликлинике 7864171,7 тыс. рублей. Количество посещений к врачам – 197273.

Исходя из вышеуказанного, стоимость одного посещения к врачу консультативной поликлиники составила:

$$7864171,7 \text{ тыс.руб.} : 197273 = 39,8 \text{ тыс.руб.}$$

Из приведенных расчетных данных следует, что организация работы выездных бригад обеспечивает экономии денежных средств, которая за 2009 г. в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» составила:

$$(39,8 \text{ тыс. руб.} - 5,8 \text{ тыс.руб.}) \times 43180 \text{ посещений} = 1468120 \text{ тыс. руб.}$$

В ходе научных исследований не было отмечено достоверной зависимости между полученной дозой облучения и ростом заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом (АИТ). В связи с этим, при разработке постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.06.2009 г. №73 «Об утверждении перечня заболеваний, возникновение которых связано с непосредственным радиа-

ционным воздействием, перечня заболеваний, возникновение которых может быть связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС, другими радиационными авариями, и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов и структурного элемента нормативного правового акта» предложено исключить из списка АИТ.

Ежегодно в Беларуси выявляется около 1000 новых случаев заболевания РЩЖ и, как показано выше, в ближайшие 5 лет не прогнозируется снижения заболеваемости. Одним из способов лечения таких пациентов является метод радиойодтерапии, осуществляемый на активных койках (всего 30 коек) отделений ядерной медицины Минского городского онкологического диспансера (10 коек) и Гомельского областного клинического онкологического диспансера (20 коек).

По данным, представленным отделением ядерной медицины Минского городского онкологического диспансера, из 1000 пациентов с диагнозом РЩЖ 620 нуждаются в проведении первичного радиойодтестирования, а 560 из них принимают курсы радиойодтерапии в закрытом режиме. С учетом результатов проведенного первого курса радиойодтерапии 87% (487 чел.) нуждаются во втором, 55% (308 чел.) – в третьем курсе и 12% (67 чел.) – в четвертом. Отдаленные метастазы ежегодно выявляются примерно у 150 пациентов.

Расчет потребности коечного фонда (R) для Республики Беларусь проводился по формуле:

$$R = \frac{n + n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5}{p}, \quad (3)$$

где:

$n$  – количество пациентов для проведения первичного радиойодтестирования;

$n_1$  – количество пациентов для проведения первого курса радиойодтерапии;

$n_2$  – количество пациентов, нуждающихся во втором курсе радиойодтерапии;

$n_3$  – количество пациентов, нуждающихся в третьем курсе радиойодтерапии;

$n_4$  – количество пациентов, нуждающихся в четвертом курсе радиойодтерапии;

$n_5$  – количество пациентов с отдаленными метастазами;

$p$  – количество пролеченных на одной койке пациентов в год.

Количество пролеченных на одной койке пациентов в год ( $p$ ) рассчитывалось по формуле:

$$p = \frac{\text{количество рабочих дней койки}}{\text{средний койко-день}}, \quad (4)$$

По данным отделения ядерной медицины Гомельского областного клинического онкологиче-

ского диспансера, за 2009 г. средняя длительность курса радиойодтерапии составила 4,9 койко-дня. Количество рабочих дней койки в году рассчитывалось исходя из соотношения между количеством проведенных всеми пациентами в году койко-дней и количеством среднегодовых коек:

$$\frac{5635,0}{20} = 281,8 \text{ рабочих дней койки в году}$$

Соответственно, количество пролеченных на одной койке пациентов в год (р) составило:

$$\frac{281,8}{4,9} = 57,5$$

По представленным расчетам для организации медицинской помощи пациентам с диагнозом РЩЖ в Республике Беларусь необходимо открытие:

$$\frac{620 + 560 + 487 + 308 + 67 + 150}{57,5} = 38,1 \text{ коек}$$

Первичная заболеваемость диффузным токсическим зобом в стране находится на уровне 9,0 на 100 тыс. населения [5], т.е. ежегодно регистрируются порядка 900 новых случаев, при которых пациенты также нуждаются в радиойодтерапии.

Таким образом, все вышеуказанные мероприятия согласуются с выводами Чернобыльского форума ООН «Наследие Чернобыля: медицинские, экологические и социально-экономические последствия и рекомендации правительствам Беларуси, Российской Федерации и Украины», которыми рекомендовано:

- рассмотреть возможность скрининга особо уязвимых подгрупп населения (например, детей, находившихся под воздействием высоких доз радиоактивного йода), которые подвержены значительно большему риску, чем население в целом;

- продолжать скрининг рака щитовидной железы у детей и подростков, проживавших в 1986 году в районах, пострадавших от радиоактивных выпадений. Однако поскольку по мере старения населения будут обнаруживаться многочисленные новые доброкачественные повреждения, существует риск ненужных инвазивных процедур. Поэтому необходимо периодически оценивать соотношение затрат и результатов;

- для целей планирования в области здравоохранения продолжающееся прогнозирование количества случаев рака щитовидной железы среди групп лиц, подвергшихся облучению, должно основываться на обновляемых оценках риска для этих групп;

- необходимо и далее вести качественные регистры больных раковыми заболеваниями. Они

будут полезны не только при проведении эпидемиологических исследований, но и для целей общественного здравоохранения как источник достоверной информации для распределения ресурсов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гракович, А.А. Принципы клинико-экономического анализа и перспективы использования его результатов в здравоохранении Республики Беларусь / А.А.Гракович [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №2. – С.14–22.
2. Рожко, А.В. Зависимость роста заболеваемости одноузловым зобом от пола, возраста и дозы облучения у населения, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС / А.В.Рожко // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2010. – №1(3). – С.102–112.
3. Рожко, А.В. Зависимость роста заболеваемости многоузловым зобом от пола, возраста и дозы облучения у населения, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС / А.В.Рожко // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2010. – №2(4). – С.92–101.
4. Залуцкий, И.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В.Залуцкий [и др.]. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.
5. Рожко, А.В. Динамика первичной и общей заболеваемости щитовидной железой у населения Гомельской области и Республики Беларусь в 1992–2008 гг. / А.В.Рожко // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – №2(20). – С.7–12.

#### RENDERING MEDICAL CARE TO THE POPULATION SUFFERED AS A RESULT OF THE CHERNOBYL ACCIDENT

A.V.Rozhko

Normative legal acts, regulating rendering medical care to the population suffered as a result of the Chernobyl accident, were described. Shortcomings of the previous registration system, used for the elaboration of the new normative documents for 2009–2010, were pointed out. It was emphasized that in order to improve the accessibility and quality of medical care rendering to the population suffered as a result of the Chernobyl accident it was necessary to optimize available public health resources, to organize screening of the most vulnerable groups of the population (children), exposed to high doses of the radioiodine, and subjected to much more risks than the population on the whole. It was also necessary to continue screening and forecasting of the new thyroid cancer cases and then to carry on the qualitative registries of the cancer patients.

Поступила 11.10.2010 г.