

ДО ДВАДЦЯТИРІЧЧЯ ЧОРНОБИЛЯ

20 років катастрофи на ЧАЕС: медико-соціальні наслідки, статистика, сприйняття

20 years of Chornobyl accident: medical-social consequences, statistics, apprehension

Катастрофа на ЧАЕС призвела не тільки до жертв серед персоналу та пожежників у перші години й дні після катастрофи. Вона спричинила величезні економічні втрати, сприяла прояву негативних соціальних феноменів, вплив яких відчуватиметься ще довгі десятиріччя. Значної частини цих наслідків можна було б уникнути чи мінімізувати їх у разі швидкого реагування на зміни ситуації та адекватного ставлення до думки експертів.

Протягом усього минулого часу не припинялися суперечки щодо можливого впливу низьких доз опромінення на захворюваність — одного з основних показників стану здоров'я населення. Через двадцять років оцінки вчених залишаються діаметрально протилежними: від визнання специфічної «радіаційної енцефалопатії» й віри в безперечність безпорогової лінійної гіпотези, до заперечення значущого патологічного впливу низьких доз іонізуючого випромінювання на організм. За ці роки створена чимала за обсягом апокрифічна література, де будь-які зміни в стані здоров'я осіб, що брали участь у ліквідації наслідків катастрофи на ЧАЕС, тлумачаться тільки як результат згубного впливу йонізуючої радіації. Адепти «своєрідності постчорнобильської патології» вважають, що не треба використовувати величезний досвід, накопичений радіобіологами, спеціалістами ядерної медицини. Для того, щоб «довести» це, часто використовують неадекватні контрольні групи, нерепрезентативні вибірки, незадовільну статистичну обробку отриманих результатів або просто підміну понять. Саме ними запущено у вжиток думку, підхоплену ЗМІ, про нашу начебто повну неготовність і абсолютну необізнаність про механізми впливу йонізуючої радіації на живий організм. Хоча саме

радіація — один з найкраще вивчених фізичних факторів.

Усі минулі роки ми чекали того моменту, коли емоції, що споконвічно оточували цю проблему, відійдуть на далекий третій план, а на перше місце вийде спокійне обговорення наукових проблем, дійсно важливих заходів, спрямованих на реальне поліпшення становища як тих, хто проживає на забруднених територіях, так і ліквідаторів наслідків катастрофи (ЛНК). На жаль, життя вчинило інакше. Двадцятиріччя Чорнобильської катастрофи ми зустріли в стані конфронтації: доповідь НКДАР при ООН і МАГАТЕ викликала гостру полеміку, яка часто чинить психоемоційно травматичну дію. Сумно відомий вираз «собака економіки завжди крутить хвостом політики» отримав унікальне підтвердження у постчорнобильський період. При цьому обом сторонам конфлікту абсолютно байдужі долі десятків тисяч людей — дійсних або удаваних жертв подій. З жалем доводиться резюмувати, що ми такі ж далекі від істини, як і двадцять років тому.

Досвід роботи інституту в даній проблемі достатньо великий. За двадцять років, що минули після катастрофи, в клініці інституту перебували понад 7500 ЛНК, більшість яких обстежувалися неодноразово, що дає підстави говорити про динамічне спостереження за станом здоров'я осіб даного контингенту. Протягом цього періоду на базі клініки виконувалося чимало НДР з метою вивчення характеру та особливостей соматоневрологічної, ендокринної патології; особистісних психологічних особливостей; впливу поєднаної патології на стан фізичної й розумової працездатності потерпілих, а також психологічних наслідків катастрофи.

Порівняльний аналіз показників первинної захворюваності за різними класами хвороб у ліквідаторів і аналогічних показників, розрахованих для контрольних груп населення, показав, що рівень захворюваності ЛНК на ЧАЕС перевищує контрольні показники. Кратне зростання відзначено у групі хвороб системи кровообігу, ендокринної патології, нервової системи й органів дихання. Протягом останніх років структура захворюваності залишається стабільною, а різниця показників захворюваності в ЛНК і контрольних групах населення постійно скорочується.

Незважаючи на це, виявлена соматична патологія у ліквідаторів, за нашими даними, не має значущих специфічних особливостей порівняно з перебігом тієї ж патології в інтактного населення. Неврологічна патологія переважно представлена дисциркуляторною енцефалопатією I—II ст. Її характеризує дисоціація між вираженими й стабільними суб'єктивними проявами та доволі скромною органічною неврологічною симптоматикою. Як правило, дана патологія виявляється резистентною до багаторазових курсів активної медикаментозної терапії.

З метою порівняльного вивчення стану фізичної й розумової працездатності в ліквідаторів 1989—1990 рр. і професіоналів, чоловіків віком 30—50 років, із сумарною дозою зовнішнього опромінення не більше 50 мЗв, ми вдалися до вивчення основних клінічних, лабораторних, інструментальних і психологічних параметрів у осіб даного контингенту. Слід зауважити, що тривалість перебування ліквідаторів у 30-кілометровій зоні складала 4—6 місяців, що наближувало режим накопичування дози до такого у професіоналів.

Виявлена соматична патологія була ідентичною за структурою в пацієнтів обох груп і охоплювала найпоширеніші захворювання серцево-судинної та травної систем. Істотно більший обсяг обстежень у ліквідаторів, який диктувався численністю різнопланових скарг, дозволяв діагностувати широкий спектр захворювань, що були, як правило, в стадії ремісії. При дослідженні фізичної працездатності методом велоергометрії отримано

результати, позбавлені вірогідних відмінностей: «високі» рухальні можливості виявлено в 10 і 8 %; «вище середніх» — у 65 і 62; середні — в 24 і 28; «низькі» — у 1 і 2 % професіоналів і ЛНК відповідно.

При неврологічному обстеженні діагноз дисциркуляторна енцефалопатія встановлено у 100 % ліквідаторів і 25 % — професіоналів. Такі значні відмінності можна пояснити наявністю в ліквідаторів стійких різноманітних скарг, тоді як у професіоналів скарги виявляли лише при цілеспрямованому опитуванні. Зустрічальність органічної мікросимптоматики і її характер у пацієнтів обох груп значуще не відрізнялися. Синдромологічна структура патології в ЛНК була представлена в основному цефалгічним (100 %), неврастенічним (86 %), астенічним (82 %) синдромами, тоді як у професіоналів їх зустрічальність не перевищувала 30 %.

Таким чином, патологія, виявлена в пацієнтів обох груп, за об'єктивними параметрами суттєво не відрізнялася, водночас 69 % ЛНК мали III і II групи інвалідності (при цьому більше половини осіб з III групою не працювали), а 100 % професіоналів вважали себе цілком працездатними в своїй професії.

За відсутності значущих відмінностей у радіаційному анамнезі можна говорити про те, що вирішальний вплив на трудовий прогноз ліквідаторів справляє комплекс соціально-психологічних особливостей.

Протягом психологічного дослідження в ліквідаторів виявлено: високі рівні особистісної тривожності; соціально-психологічну дезадаптацію з прагненням до «відхилення від реальності»; тенденції до формування асоціальних форм поведінки (що частіше трапляється в осіб з низьким освітнім цензом); викривлення структури мотивів з відмовою від суспільно-корисної праці [1].

Аналіз результатів проведених досліджень дозволяє говорити про відомі особливості перебігу соматоневрологічної патології в ліквідаторів:

наявність поєднаної патології (неврологічної, соматичної, ендокринологічної), що може призводити до взаємного обтяження перебігу захворювань;

упертий характер скарг; відсутність або короткочасність позитивного ефекту від повторних курсів стаціонарного лікування;

невідповідність досить бідної об'єктивної симптоматики різноманіттю полісистемних скарг;

вираженість неврозоподібних порушень, що проявляються, як правило, астеноневротичним, астенодепресивним, тривожно-фобічним, іпохондричним синдромами;

формування ятрогеній, що проявляються в надмірній фіксації пацієнтів на своїх відчуттях, у «втечі в хворобу» не тільки як психологічного феномена, але й як стану, зумовленого особливостями діючого законодавства.

Саме поєднання захворювань, що перебувають, як правило, у стані ремісії, є основною особливістю як перебігу, так і клінічних проявів у ліквідаторів. Тоді не стільки факт опромінення, скільки хронічна стресова ситуація, погіршення соціально-економічних умов, зміни законодавства тощо, призводять до появи соматичних захворювань (чи погіршення перебігу тих, що вже були), які, в свою чергу, відбиваються і на стані нервової системи, і на психологічному стані потерпілих. Таким чином, створюється «хибне коло», формується психосоматична патологія.

Особливе місце в цій схемі посідає, на нашу думку, психологічний статус ЛНК. Загальновідомі відмінності у психологічному стані людей, які ризикують свідомо і за примусом. Переважна більшість ліквідаторів потрапили в ситуацію, яка, на їх думку, істотно загрожувала їхньому здо-

ров'ю, саме за примусом. Не слід забувати, що йонізуюча радіація — фактор безсенсорний. Якщо без наявності опіків говорити про термічний вплив несерйозно, то в ситуації дії радіації будь-які наслідки можуть бути приписані цьому чиннику за принципом «віриш тому, чого не знаєш».

Спроба пов'язати динаміку таких показників, як захворюваність, звертальність, обсяг скарг, частість госпіталізацій і таке інше із соціальними і політичними моментами — завдання досить невдячне. Через це ми хочемо ще раз підкреслити — проведена нами робота аж ніяк не переслідує мету виправдати кампанію з обмеження пільг (яка хронічно триває), що надаються потерпілим.

Ми проаналізували структуру захворюваності ліквідаторів у період 1986—2002 рр., подану у таблиці.

У подальшому досліджувані параметри не зазнавали значущих змін.

Створення Експертних рад щодо зв'язку наявних захворювань з участю в ліквідації наслідків катастрофи на ЧАЕС детермінувало різке зростання звертальності ліквідаторів по медичну допомогу.

Прийняття спочатку союзних, а згодом українських законів про статус «ліквідаторів» і пільги, що їм надаються, стало причиною того, що статистика захворюваності зазнала кардинальних змін. Відзначена нами на початку 90-х років негативна динаміка показників здоров'я і їх принципів зв'язок із немедичними чинниками були відзначені й співробітниками

Частість виявлення захворювань у ліквідаторів, які перебувають під спостереженням фахівців клініки ІМП

Нозологія	Рік						
	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998
Вегетосудинна дистонія	39	53	64	28	2	—	—
Дисциркуляторна енцефалопатія	9	11	25	71	98	100	100
Гіпертонічна хвороба	1	6	17	23	28	36	58
Ішемічна хвороба серця	1	3	6	9	12	17	31
Тирипатії	5	9	14	28	45	47	48
Патологія шлунково-кишкового тракту	9	23	39	44	46	42	42
ХНЗЛ	1	6	6	9	12	13	14
Сечокам'яна хвороба й пієлонефрит	1	1	2	4	7	6	8
Практично здорові	47	31	—	—	—	—	—
Інваліди III і II груп	-	1	7	43	71	72	73

УНЦРМ. Через п'ять років професор І.М. Хомазюк напише: «...розв'язання питань соціально-економічної захищеності потерпілих через хворобу визначило наперед прагнення до хвороби, а не до здоров'я. Очевидний негативний вплив діючої системи на інформацію й статистичні показники ...» [2].

У березні 1990 р. у Харкові почала функціонувати друга в Україні Регіональна експертна рада з установлення зв'язку захворювання з роботами в 30-кілометровій зоні. Сам факт початку її роботи мав цілком передбачувані результати. Звертальність ліквідаторів у поліклініки за перші місяці 1990 р. зросла в п'ять-шість разів, хоч переважна більшість тих, хто звернувся, брали участь у ліквідації наслідків катастрофи на ЧАЕС у 1986–1987 рр.

Якщо раніше більшість пацієнтів задовольнялися диспансерним оглядом, то з 1990 року проявилася тенденція до обов'язкової госпіталізації. В подальшому така установка закріплювалася — пацієнти потребували 3–4 госпіталізацій поспіль (без медичних показань до того), що було викликано необхідністю мати певну кількість днів непрацездатності для ВТЕК. Коли наступного року для отримання пільг стала необхідна група інвалідності, події остаточно перестали підлягати логічному осмисленню. За 1991 рік у одній тільки Харківській області 2520 ліквідаторів первинно вийшли на інвалідність. Таке зростання захворюваності важко пояснити чим-небудь, крім соціально-економічних причин.

Позбавлення звичного соціуму, необхідність частих госпіталізацій для підтвердження статусу і багато інших негативних моментів визначають, на нашу думку, справжній стан справ. «Провідним мотивом у осіб, що мають офіційно визнаний статус потерпілого в результаті Чорнобильської катастрофи, стає мотив збереження й реалізації статусу «чорнобильця», даний мотив ...неможливо задовольнити ніякими зовнішніми зусиллями» [3].

Саме це визначає той факт, що кратні госпіталізації, санаторно-курортне лікування, раціонально поставлена диспансеризація не приводять до поліпшення самопочуття потерпілих. Попри об'єктивні ознаки позитивної ди-

наміки з боку наявної патології, жоден ліквідатор не повернувся до активної суспільно корисної праці [4]. Більше того, найфатальніші зміни сталися в тих, хто має низький освітній ценз. В жодному з наших досліджень не вдалося виявити зв'язку «доза — ефект», хоч саме наявність останнього дозволяє говорити про вплив радіаційного чинника.

Переважна більшість виконаних нами тестів (ВЕМ, ФВД, ММРІ і т.ін.) розраховані на однакову зацікавленість пацієнта і лікаря у встановленні істинної картини захворювання. В ситуації, коли пацієнт зацікавлений у обтяженні свого стану, ці тести перестають адекватно відбивати реальність. Для підтвердження справедливості викладеного досить навести лише один приклад. При чергових переглядах справ ліквідаторів юристами багатьох з ЛНК позбавляють статусу. Однак їх медична документація, включаючи виписку з амбулаторної карти, епікризи з різних стаціонарів, висновки ВТЕК тощо, виявляється абсолютно ідентичною тій, яка є в осіб, що дійсно брали участь у ліквідації наслідків катастрофи.

Втім, і сам факт неодноразового введення нових зразків документів відбиває розуміння не тільки ситуації, що склалася, але й неможливості розв'язати проблему «через медицину».

Існування тенденцій, здатних помітно викривляти статистичні показники, мовчазно визнають усі. Про це свідчить, наприклад, наказ № 150, що регламентує порядок надання пільг «у зв'язку з хворобою» для потерпілих. Розробники наказу, прагнучи вирівняти умови отримання пільг, визначили терміни виникнення захворювань, що можуть бути пов'язані з роботами в 30-кілометровій зоні: 5 років для ЛНК 1986 р. і 1 — для ЛНК 1989–1990 рр.

Вдалися до цього зовсім не для того, щоб якось урахувати цілком зрозумілий менший негативний вплив низьких доз, але щоб нівелювати вплив докорінно зміненого в 1990–1991 рр. соціального законодавства.

Наслідком впливу чинних законів на статистичні показники є «зворотні залежності» — чим менша доза опромінення і чим пізніше за часом після катастрофи перебував ліквідатор у 30-кілометровій зоні, тим раніше виявляється та

чи інша патологія. Так, наприклад, достатньо було в уже згаданому наказі № 150 записати, що виявлення в потерпілого аутоімунного тироїдиту з виходом у гіпотиреоз може бути пов'язаним із участю в ліквідації наслідків катастрофи, незважаючи на час його виникнення, як виявляємість даного захворювання істотно підвищилася. Так само діагноз дисциркуляторна енцефалопатія, що замінив усім відому ВСД в 1991–1992 рр., через 5–6 років почав фігурувати для ЛНК 1986 р., а наступного року після повернення з 30-кілометрової зони — і для ліквідаторів 1990 р.

Ще одним прикладом «зворотного зв'язку» може, на нашу думку, служити динаміка зменшення кількості осіб, визнаних здоровими. Через два роки після участі в роботах з ліквідації аварії 67 % ЛНК 1986 р. були визнані практично здоровими. Для ліквідаторів 1990 р. той же показник не перевищував 20 %. Подібні дані наводять й інші автори [5].

Чималу роль у створенні хворобливої напруженості навколо постчорнобильських проблем відіграло й те, що в 1997 р. скромно назвуть «помилковою інформаційною стратегією» [6]. За 20 років у харківських ЗМІ пройшли лише дві передачі: інтерв'ю з професором А.К. Гуськовою (квітень 1999 р.) і передача «Чорним по білому» (квітень 2006 р.), де наводилися виважені й достовірні дані відносно можливих негативних наслідків радіаційних інцидентів. Те ж можна сказати й про популярні публікації.

Не варто дивуватися тому, що вжиті нами опитування майже 1500 студентів-старшокурсників (зокрема й майбутніх лікарів) кількох вузів Харкова, показало, що переважна більшість респондентів не мають жодного уявлення про реальну кількість потерпілих у результаті катастрофи на ЧАЕС.

Аналізуючи сказане, слід зазначити, що через низку об'єктивних і суб'єктивних причин, медична статистика на даний час соціально деформована настільки, що нездатна реально відбивати процеси, що відбуваються. Можна тільки дивуватися тому, що цей факт не знаходить розуміння у більшості спеціалістів в Україні, тоді як поза нею подібний погляд на проблему є загальноприйнятим. «Масове залу-

чення до проблеми наукових співробітників, які не мають попереднього досвіду й знань ... так само, як і політиканство адміністраторів і ЗМІ, багаторазово збільшило дійсний масштаб ... наслідків катастрофи й викривило інтерпретацію їх значущості» [7].

Підсумовуючи можна констатувати, що будь-яка комунальна катастрофа, супроводжувана людськими жертвами, є трагедією. Нераціональна поведінка влади як у момент катастрофи, так і у віддаленому періоді може істотно збільшити її згубні наслідки. Наведені вище і багато інших загальновідомих даних красномовно говорять про те, що нинішню ситуацію можна схарактеризувати як катастрофу після катастрофи. «Психосоматичні наслідки аварії зачепили велику кількість людей у Білорусії, Україні, Росії, але вони є не результатом опромінювання ... а результатом радіофобії, відповідальність за яку лягає на ЗМІ й законодавчо-адміністративні органи [8].

Аби запобігти негативному розвиткові пост-аварійних подій, особливо викликаних безсенсорними чинниками, слід дотримуватися, на нашу думку, деяких загальних правил:

А. Будь-яку комунальну катастрофу не можна приховувати від громадськості. Інформація має бути не тільки вчасною й повною, але й виваженою.

Б. До ліквідації наслідків катастрофи необхідно залучати тільки професіоналів чи добровольців. Порушення права Людини розпоряджатися власною долею, а тим більше примус ризикувати здоров'ям, призводить до цілком передбачуваних негативних наслідків.

В. «Ризик» необхідно компенсувати адекватною матеріальною винагородою, що у подальшому дозволить уникнути руйнівних соціальних наслідків.

Г. Обсяг і кількість пільг, які надаються, мають залежати тільки від об'єктивно вимірюваних параметрів. Стосовно постчорнобильської ситуації це: доза опромінення, час перебування в зоні, характер виконуваних робіт, кількість виїздів безпосередньо на аварійний блок і т.ін.

Певно, справедливо, що надзвичайна ситуація може вважатися вичерпаною, коли розвіються останні сумніви відносно її можливих

негативних наслідків. Безперечно, завданням медицини в наступні роки буде спостереження за станом здоров'я всіх, хто потерпів у результаті катастрофи. Це особливо стосується контингентів осіб, які отримали значущі дози в квітні—серпні 1986 р. Як би не коментували колеги на Заході події, що відбуваються, ретельного медичного спостереження потребуватимуть діти, зокрема ті, що проживають на забруднених територіях, навіть у тому випадку, якщо перевищення дози більше фонових цифр незначне. Хочеться сподіватися, що в цьому сенсі, через 20 років після квітневих подій 1986 року, Чорнобильська проблема, пройшовши всі можливі й неможливі етапи, наближається до усвідомлення й розв'язання.

Література

1. Симонова Л.И., Амиразян С.А., Филиппова С.М., Тихомирова М.Ю. Трудовой прогноз: сомато-неврологические и психологические факторы, определяющие его у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в дозах, не превышающих предельно допустимые // Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы: Матер. 2-й Междунар. конф. / Под ред. А.И. Нягу и Г.Н. Сушкевича. — К., 1998. — С. 368–369.
2. Хомазюк И.Н. и др. Психоэмоциональные факторы и болезни системы кровообращения у пострадавших при Чернобыльской катастрофе // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: Тез. докл. Междунар. конф. — К., 1995. — С. 276–277.
3. Дружинин А.М. Изменение мотивации и поведение лиц, имеющих официальный статус пострадавших в результате аварии на ЧАЭС // Актуальные проблемы эпидемиологии и первичной профилактики медицинских последствий аварии на ЧАЭС: Матер. науч. конф. — К.: Чернобыльинтерформ, 1999. — С. 269–273.
4. Амиразян С.А., Филиппова С.М., Тихомирова М.Ю. // УРЖ. — 1997. — Т. V, вип. 1. — С. 13–15.
5. Buzunov W. Rezultaty i zadania epidemiologicznych badan medycznych nad skutkami katastrofy w czarnobylu: Materialy IX miedzynarodowego kongresu baltyskiego parlamentu ekologicznego. — 20–22 X 1995 r. - Koszalin - Gdansk, 1996. — S. 60–71.
6. Прилипко В.А., Безверхая З.А., Бондаренко И.В. Особенности информационного обеспечения пострадавшего населения в результате аварии на ЧАЭС в динамике 1986–1996 годов. Актуальные проблемы эпидемиологии и первичной профилактики медицинских последствий аварии на ЧАЭС // Матер. науч. конф. — К.: Чернобыльинтерформ, 1999. — С. 259–263.
7. Гуськова А.К. // МР и РБ — 2006. — № 1. — С. 15–18.
8. Яворовский З. // Там же. — 1999. — № 1. — С. 19–30.

**С.А. Амиразян, Г.В. Кулініч,
С.М. Філіппова, М.Ю. Тихомирова**
Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва АМН України, Харків

Надходження до редакції 05.03.2006.

Прийнято 11.05.2006.

Адреса для листування:
Амиразян Сергій Артемович,
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМН України,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна