

Идут годы, но тень Чернобыля все еще "накрывает" тысячи человеческих судеб.

А состояние здоровья людей, оказавшихся причастными к аварии, — одно из наиболее болезненных ее наследий.

АВАРИЯ НА ЧАЭС И ЕЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Член-корреспондент РАМН
А.К. ГУСЬКОВА

Понятно, что крупномасштабная авария на Чернобыльской атомной станции в 1986 г., вовлекшая в свою орбиту большое число людей, и ее последствия, в частности, для их здоровья, по-прежнему занимают умы и сердца многих. И, конечно, необходимы объективная информация, компетентный ответственный анализ и конструктивные медико-социальные решения.

Какие же последствия для здоровья людей принесла авария ЧАЭС?

Из 600 человек, находившихся на промплощадке ЧАЭС в ночь на 26.04 и утром 26.04.86, у 134-х в первые три месяца возникла и была подтверждена острая лучевая болезнь. Почти у половины (56 человек) пострадавших общие тяжелые поражения осложнялись лучевыми ожогами кожи. Двадцать восемь человек с наиболее тяжелыми проявлениями лучевой болезни ушли из жизни в первые три месяца, несмотря на чрезвычайные усилия врачей, располагавших всеми необходимыми для лечения современными средствами и опытом их применения. И тем не менее, мировое научное сообщество — ООН — высоко оценило методы и результаты лечения. Итоги медицинских наблюдений широко публиковались, начиная с первого, весьма полного, доклада в Вене в августе 1986 г. Из указанной группы больных за последующие годы от различных причин умерли еще 9 человек. У 8 человек остаточные явления тяжелого лучевого поражения кожи требуют и ныне повторного лечения, в том числе оперативного. У больных с дозой облучения более 2,6 Гр возникли и уже возникли лучевые катаракты, в двух случаях потребовавшие операции с пересадкой искусственного хрусталика. Все перенесшие лучевую болезнь систематически

наблюдаются в специализированных клиниках Москвы и Киева. При обследовании у них выявлены обычные для людей их возраста заболевания и проводится необходимое лечение. Единичные случаи выявления опухолей на самых начальных стадиях успешно прооперированы. Эти факты соответствуют и многолетнему нашему, и мировому опыту изучения больших групп лиц, перенесших лучевую болезнь.

Обратимся к прошлому

Наш опыт (Регистр клиники Института биофизики — ГНЦ РФ) охватывает данные более чем по 160 радиационным аварийным ситуациям с вовлечением в них свыше 1000 человек, в том числе 500 больных лучевой болезнью и тяжелыми лучевыми ожогами. В регистре Уральского филиала Института биофизики также проанализированы наблюдения за несколькими тысячами лиц, в течение 30–50 лет вовлеченных в профессиональный контакт с источниками радиации в широком диапазоне доз и условий облучения, в том числе около 1500 чел., перенесших лучевую болезнь.

Тщательно изучены последствия для здоровья населения на территориях выпадения аварийных выбросов ПО "Маяк" (сброс в реку Теча в 1949–1952 гг.), на Востоке Уральского следе (выброс из хранилища в 1957 г.) и ареале вокруг испытательных полигонов (Семипалатинск и Новая Земля). Единственным реальным последствием на Урале в районе реки Теча было учащение числа лейкозов среди максимально облучавшихся лиц в сроки 15–25 лет (37 случаев вместо 24 возможных в этой когорте). Все указанные выше группы лиц по прекращении контакта с источниками излучения или даже после снижения мощности доз до величин порядка $\sim 2,5\text{--}5\text{ сЗв/г}$ спустя 1–2 года (максимально через 3–6 лет) показали отчетливое восстановление здоровья. Симптомы лучевой болезни сглаживались или полностью исчезали у подавляющего большинства из них. Лишь у 10–12% из 2500 профессионалов, подвергавшихся более длительному облучению в дозах свыше 0,25–0,5 Гр/год, при специальном исследовании обнаруживаются некоторые лабораторные признаки — метки перенесенного облучения в картине костного мозга, крови. Сдвиги эти выявляются лишь при сопоставлении с группами сравнения и не приобретают индивидуальной значимости, то есть не позволяют считать их проявлениями какой-либо болезни у данного человека.

Характер и частота наиболее типичных для населения болезней (язвенная, гиперто-

ническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, остеохондроз), а также частота и причины смерти не отличаются от данных по стране и региону. Только заболеваемость некоторыми злокачественными опухолями, а в более ранние сроки — лейкозами, была несколько выше обычной у лиц, подвергшихся в первые годы работы наиболее интенсивному облучению или переболевших хронической лучевой болезнью. Минимальная пороговая величина для развития последней составляет 1,5–2 Гр.

Последствия чернобыльской аварии

Группой повышенного риска для аварии на ЧАЭС можно считать детей, подвергшихся внешнему облучению в сочетании с поступлением в организм изотопов йода. У них было выявлено многократное учащение опухолей щитовидной железы. Увеличение числа лейкозов среди населения, в том числе детей, за срок до 14 лет не обнаружено.

Поэтому устрашающие некомпетентного читателя цифры в "Комсомольской правде" № 7/98 "10 миллионов людей, пострадавших от чернобыльской катастрофы, 126000 погибших от радиации", даже если считать их реальными, на самом деле находятся в соответствии или даже чуть ниже естественной частоты смертности населения страны (1–2% в год). Если приписать, как это делает газета, все смерти "действию радиации", то следует думать, что "облученные люди" отныне уже не болеют никакими другими болезнями и не уходят по этой причине из жизни, что, безусловно, более чем сомнительно.

Что же является основой этих спекулятивных интерпретаций фактических данных и какие реальные последствия для здоровья мы можем действительно ожидать у лиц, причастных к аварии ЧАЭС от совокупности всех других нерадиационных факторов?

Одним из источников ошибок в оценке здоровья участников аварии ЧАЭС, по медико-дозиметрическому регистру в г. Обнинске, является избирательный и изменяющийся с годами характер его пополнения, а также отсутствие достоверных сведений о состоянии здоровья этих людей в доаварийный период. В отраслевых регистрах, там, где имеются подробные сведения о здоровье людей за предыдущие годы, основные тенденции медико-демографических показателей не выделяют по здоровью группу участников аварии из остального контингента работающих в атомной промышленности и энергетике.

Другим элементом, изменяющим картину

Журнал
"Энергия"
№ 4, 2000

оценки здоровья "аварийных групп", является введение в практику диспансерного наблюдения приемов исследований, ранее не применявшихся. К таковым относятся развернутые анализы крови, выявляющие скрытое малокровие или хронический лимфолейкоз, УЗИ-диагностика, обнаруживающая даже небольшое изменение объема и структуры органа, в том числе щитовидной железы, некоторые врожденные аномалии сосудов. Специальные лабораторные анализы могут выявлять у практически здоровых людей некоторые сдвиги в обмене костной ткани, функции печени, строении слизистых дыхательных путей и пищеварительного тракта. Понятно, что таких сведений у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, не было раньше. Как правило, обнаруживаются они лишь при обследовании в стационаре и не при обычных, а при прицельных осмотрах. Лишь в редких случаях это действительно начальные признаки каких-то обычных (не лучевых!) болезней.

Игнорирование огромного предшествующего опыта радиационной медицины, незнание типичных медико-демографических показателей страны и региона, проведение причинного анализа только в связи с облучением, а не со всеми другими весьма значимыми аварийными и поставарийными факторами риска — еще один из механизмов распространенных заблуждений. Увы, это касается не только представителей СМИ, но и многих медицинских работников и администраторов как из-за их профессиональной некомпетентности, так, иногда, и в угоду политической конъюнктуры и популистским тенденциям.

Что же на самом деле мы — в первую очередь медики — можем и должны сделать для отдельных групп лиц "из аварии ЧАЭС", каково соотношение у них различных влияний, определяющих состояние здоровья в настоящее время, чем им можно реально помочь? И что должны сделать сами люди, если они по-настоящему хотят быть здоровыми?

О первой группе пациентов мы уже говорили выше. Добавим, что при дозе облучения свыше 2,5 Гр они нуждаются в более частом и тщательном наблюдении окулиста для своевременного распознавания и лечебно-профилактических мер по поводу лучевой катаракты. Особого внимания профилактики и лечения требует состояние кожи с весьма возможными ее изменениями у лиц, перенесших общие и местные лучевые поражения второй и более тяжелой степени. Для таких пациентов важно и наблюдение эндокринолога. Своевременное выявление и лечение обычных для людей их возраста заболеваний, как правило, оказывает не только благоприятное влияние на их самочувствие, но и на объективные показатели здоровья и их психологическое состояние.

Опухоли, если изредка и выявляются, как правило, обнаруживаются на самых начальных стадиях, доступных эффективному лечению. Группа эта несомненно подверглась острому стрессу сопричастности к наиболее тяжелым этапам аварии, пережитой лично ими реальной болезни: некоторые из них, к тому же, были свидетелями ухода из жизни друзей, бывших рядом в момент аварии. Общение с подобными пациентами требует особого такта и должно стать основой их психологической поддержки в процессе адаптации к новым условиям жизни и работы.

Однако у этих пациентов очень важна личностная установка на активную трудовую деятельность, преодоление возможного сосредоточения на своем состоянии, чувство ответственности за семью, строгое следование рекомендациям врача.

Вторая группа — участники ликвидации последствий аварии (УЛПА) в 1986 г. и особенно в первые два месяца (в том числе и в "йодный период"). Эта группа отличается от остальных не только возможностью внешнего облучения сверх декретированной величины (0,25 Гр — но не более 1,0 Гр), но и тем, что работала в наиболее неблагоприятных условиях организации противоаварийных работ.

Возможность выявления у них непосредственных, обусловленных действием радиации изменений в состоянии здоровья (лучевой болезни) исключается. Но их следует, по нашему предшествующему опыту, отнести к группе лиц с гипотетически повышенным риском а) развития новообразований, б) проявления психосоматических болезней или ухудшения в их течении в ближайшее время из-за стресса усугубляемого увеличивающимся возрастом и сложностями адаптации к изменившимся условиям жизни. Повышенное внимание к ним не должно становиться аргументом их "обреченности". Социальная активность и простые оздоровительные меры, принимаемые ими самими — залог их долгого трудового долголетия.

Третья группа — УЛПА более поздних сроков работы на ЧАЭС — после 1988 г. (за исключением очень ограниченной группы ученых-исследователей саркофага). По уровню воздействия радиационных факторов она может считаться контрольным контингентом (не более 5–10 сЗв суммарно за длительные сроки работы). Изменялась в это время к лучшему и система организации проведения работ. Для лиц этой группы характерны более длительные периоды пребывания на АЭС, иногда вахтовый режим работы, а также особая значимость поставарийных стрессогенных и социальных влияний. К последним относятся неадекватное течение последствий законодательство 1990 г., систематическая психотравма, наносимая СМИ, сложности трудоустройства, экономические трудности, неудовлетворенность соци-

альных притязаний. Эти факторы являются ведущими, они сказываются на нервно-психическом здоровье пациентов. А отсутствие адекватной оценки ситуации врачами и самими пациентами порождает неэффективность "оздоровительных" мер.

Четвертая группа — население регионов, с опозданием отселенное из тридцатикилометровой зоны или даже оставшееся в зонах повышенного облучения. Доля таких лиц в общей численности "пострадавшего" населения относительно невелика (не более 5–10%), регионы четко локализованы (Брянская область России, Гомельская — Беларуси — особенно). Преимущественно этим ограниченным контингентам должно быть адресовано повышенное внимание при оценке состояния их здоровья с особой онкологической настороженностью. Это касается, в первую очередь, лиц, бывших в момент аварии детьми и подростками. Им также необходимо рациональное просвещение и терпеливое воспитание с адекватным ранжированием всех неблагоприятных влияний на здоровье и мероприятиями по их снижению. Там, где все эти обстоятельства правильно оцениваются, а население активно участвует в преодолении всех факторов риска, имеются реальные положительные сдвиги в оздоровлении людей и нормализации обстановки в регионе.

У остальной части населения (пятая группа) с минимальным имевшим место и прогнозируемым уровнем радиационного воздействия (даже без изменения места проживания после 1989–1990 гг.) поставарийный информационный хронический стресс должен быть признан ведущим неблагоприятным фактором для их здоровья, отличающим их от остального населения.

Вал газетно-телевизионных публикаций о "губительном влиянии" любых доз радиации, "обреченности" лиц, причастных к аварии, привел к формированию у огромного числа людей психологии социальной пассивности "пожизненных жертв общества" и "злого умысла ведомственных специалистов". Средства информации подобного типа безусловно нанесли этим людям непоправимый вред. Они направили их внимание на поиск ложных связей состояния здоровья с облучением и соответствующих льгот за "ущерб" — вместо квалифицированной диагностики подлинных и эффективно лечимых болезней. Это не стимулирует их социальную активность и занятость, направленность на борьбу с реально неблагоприятными влияниями на здоровье (алкоголь, курение, гипокинезия, нерациональное питание и др.). Людям этой группы часто трудно помочь, поскольку сложившийся у них стереотип конфликтного поведения прочно зафиксировался и уже не может быть преодолен адекватной квалифицированной информацией. В то же время вла-

стные структуры не принимают своевременно рациональных, иногда вполне доступных мер социально-экономической помощи в разрешении реальных трудностей быта, не направляют в медучреждения для лечения истинных болезней.

Льгота не за болезнь, а за причастность к определенным этапам аварийных работ, столь значимых для судьбы страны, оздоровила бы психологическую среду в этих группах лиц. Льготы же за болезнь должны быть аргументированы наличием прямой ее связи с действием радиации, что относится, преимущественно, к лицам первой группы.

Таким образом, очень важно учитывать наличие описанных выше различающихся контингентов. Весьма ограниченные ресурсы общества следует направить на помощь по профилю, наиболее адекватному совокупности факторов риска у каждой из этих групп. Нужно помочь им, пока еще не поздно вернуть этих людей семье, обществу, продлить их трудовое долголетие. Свидетелями такой судьбы мы были у сотен больных, перенесших лучевую болезнь, и тысяч — участников постоянных нештатных ситуаций периода становления атомной промышленности страны в 50-е гг. В первую очередь это стало возможным благодаря их доверию к нашим рекомендациям и их активному участию в своем оздоровлении.

Поэтому нужно:

а) вернуть доверие чернобыльцев к рациональным рекомендациям, исходящим от специалистов с наибольшим опытом в области радиационной медицины;

б) адекватно ситуации изменить существующее законодательство, исправить присущие ему дефекты, усугубляющие социальную несправедливость;

в) принять меры, действительно способствующие оздоровлению, социальной реабилитации и подлинной, а не ханжеской психологической поддержке людей, вовлеченных в крупномасштабную аварию;

г) самим участникам ситуации надо радикально изменить самооценку здоровья и правильно ранжировать все факторы, которые могут на него неблагоприятно влиять. Вместе с врачами следует активно сотрудничать в адекватных реабилитационных мероприятиях, уйти от неоправданных конфликтов, не отделять себя от окружающих чертой заведомой обреченности и ожидания помощи только извне.