

Чернобыльская катастрофа – 26 лет спустя

Заявление группы ученых, работающих в области радиационной безопасности и радиационной медицины, в связи с ситуацией, обусловленной аварией на Чернобыльской атомной электростанции [11]

Мы, специалисты в области радиационной защиты и медицины, считаем своим долгом изложить основные принципы нормирования облучения, базирующиеся на современном состоянии радиобиологической и медицинской науки.

Взвешенный многосторонний анализ всей совокупности данных, полученных за прошедшие 3 года, привел к необходимости разработки принципиально новой концепции - регламента проживания людей на загрязненных территориях. С этой целью Национальная комиссия по радиационной защите при Минздраве СССР (НКРЗ) выдвинула концепцию допустимой пожизненной дозы)

НКРЗ при установлении значения предела индивидуальной дозы за жизнь определила величину, равную 35 бэр. Кроме того, учитывалось, что по рекомендации МКРЗ (Международной комиссии по радиологической защите) для огромного числа лиц, в том числе детей, проживающих вокруг атомных объектов, в течение более 30 лет допускалось облучение в дозе до 0,5 бэр/год, т. е. те же 35 бэр за 70 лет жизни.

Надо указать на то, что в ряде регионов мира (Китай, Индия, Бразилия, север Европы) большие группы людей (до нескольких миллионов) в течение ряда поколений живут в условиях природного фона излучения 1-2 бэр в год (70-140 бэр за 70 лет). При этом не наблюдается каких-либо изменений в частоте онкологических заболеваний и в основных демографических показателях по сравнению с соответствующими контрольными регионами.

Информация о заседании Киевского городского и областного научного общества рентгенологов и радиологов [17]

11 апреля 1990 г. в Киевском НИИ онкологии Минздрава УССР состоялась открытая дискуссия с обсуждением «Заявления группы ученых, работающих в области радиационной безопасности»...

Для участия в дискуссии были приглашены и приняли в ней участие видные советские ученые и специалисты Киева...

Целью дискуссии явилось всестороннее обсуждение сформулированной в упомянутом заявлении концепции «35 бэр за жизнь» как научного обоснования нормирования лучевых нагрузок для населения пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС районов.

В обсуждении «Заявления...» и доклада приняли участие 26 человек. Выявились принципиальные расхождения во взглядах специалистов на научную обоснованность концепции «35 бэр за жизнь» и целесообразность ее использования на практике.

Заключая 6-часовую дискуссию, председательствующий, проф. Д. С. Мечев, председатель общества радиологов Киева и области, отметил ее несомненную полезность. Он констатировал, что на основе концепции «35 бэр за жизнь» и отнесения 100 бэр к «малым дозам» делаются совершенно безответственные заявления.

О создании подвижного многоцелевого диагностического и лечебно-консультативного центра (ПМДЛКЦ) [19]

ПМДЛКЦ организован Минздравом УССР совместно с управлением Юго-Западной железной дороги. Поезд в зависимости от конкретной задачи состоит из 8-12 вагонов в том числе трех купейных для медперсонала, и

вагонов для аптеки, инженерно-технического персонала и ремонтной базы, столовой, дневного стационара. ...функционируют кабинеты маммографии, эндоскопии, иммунодиагностики, биохимическая и клиническая лаборатории.

Специальным распоряжением Минздрава СССР обеспечена первоочередная госпитализация больных по направлениям ПМДЛКЦ в профильные отделения городских, центральных районных и областных больниц и в клиники научно-исследовательских институтов.

Для улучшения организации работы ПМДЛКЦ предварительно за несколько дней до прибытия поезда на место назначения направляются представители его, которые совместно с местным медицинским персоналом проводят подготовительные работы по отбору людей для исследования в соответствии с показаниями.

Попередні підсумки та перспективи наукових досліджень медичних аспектів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС вчених Міністерства охорони здоров'я України [22]

...цільові асигнування не виділялися. Науково-дослідні роботи (НДР) виконувалися за рахунок внутрішніх резервів інститутів, що не дозволило в необхідній мірі розширити та поглибити дослідження і розробки, які проводились. Позначилися також слабкість матеріально-технічної бази науково-дослідних установ, відсутність відповідного досвіду у виконавців, нестача професійних кадрів у досліджуваній галузі, а також відсутність через режим таємності, у якому виконувалась тематика, необхідного обміну інформацією. Цим на тлі відсутності фінансових і юридичних важелів значною мірою пояснюється чисто «статистичний характер» багатьох НДР, а також не завжди обґрунтовані та однакові результати.

Медична політика в галузі охорони здоров'я населення після Чорнобильської катастрофи [20]

...вкладення коштів у «підвищення якості життя» зменшує страх і нібито «примирює» людей із можливим ризиком опромінення. причому на окремих територіях страх може не тільки звестися практично до нуля, але й «змінити знак»: мешкаючи там люди намагаються всіляко зберегти певний рівень радіоекологічного забруднення, котрий забезпечує постійне надходження коштів на поліпшення умов життя саме в їх населених пунктах.

Жертвы Чернобыля: реалистическая оценка медицинских последствий Чернобыльской аварии [25]

Вначале переселению подверглись жители районов, в которых накопленная доза за 70 лет жизни могла бы превысить 350 мЗв, то есть удвоила бы дозу от природных источников облучения. Позднее эту границу установили на уровне 150 мЗв, что соответствовало годовой дозе в 2,1 мЗв, а затем ее снизили до 70 мЗв (1 мЗв в год). И это при том, что средняя доза облучения жителей нашей планеты составляет 2,4 мЗв в год! Решение о переселении было принято в 1990 г. Верховным Советом Украины под давлением псевдоэкспертов из экологических, популистских, а также и националистических группировок.

Переселение было драматичной мерой, предпринятой якобы для защиты здоровья, а конкретнее - защиты ДНК соматических клеток, поражение которой могло бы привести к возникновению опухолей, и ДНК половых клеток, ибо ее поражение приводит к наследственным аномалиям. Но произведем несложный расчет: общее облучение в дозе 1 мЗв в год, то есть на уровне, установленном как пороговое значение для решения о переселении, приводит к появлению в ДНК каждой клетки только 0,2 повреждений, или 14 повреждений за 70 лет жизни. И эти повреждения ничем не

отличаются от тех, которые наносятся ДНК множеством других постоянно действующих факторов. А число спонтанных повреждений ДНК, вызываемых, к примеру, действием таких факторов как термодинамические процессы, свободными радикалами - ОН, перекисями, высокореактивными радикалами кислорода - составляет в год в каждой клетке 70 миллионов!

Это впечатляющее число показывает, насколько эффективна в клетке система репарации повреждений ДНК, наряду с другими системами поддержания гомеостаза, которые и позволяют сохранять как жизнеспособность организма, так и жизнеспособность вида на протяжении тысяч поколений. И это сравнение является еще одним доказательством полной абсурдности решения о переселении, принятого в Советском Союзе.

Его целью было защитить население от примерно 14 повреждений ДНК на клетку за 70-летний период жизни при том, что от естественных причин за это время там происходит 4,9 миллиарда повреждений. Вероятность индукции новообразований этими 14 повреждениями - в сравнении с вероятностью развития рака вследствие 4,9 миллиардов "естественных" повреждений - составляет 1 на 350 миллионов, что практически означает ноль.

Случай прижизненно не распознанного первичного амилоидоза у мужчины, эвакуированного из зоны отчуждения Чернобыльской АЭС [14]

Авторы не утверждают, что в развитии этого патологического состояния аварийные факторы, включая радиационное воздействие, играют возможную причинную или пусковую роль, хотя хорошо известно, что ионизирующая радиация способствует возникновению аутоиммунных реакций, моноклональной пролиферации В-клеток с неправильным расщеплением иммуноглобулинов макрофагами, выраженной депрессией Т-клеток.

Радиация и мозг человека [7]

Отсутствуют доказательства учащения и утяжеления у вовлечённых в аварию ЧАЭС наиболее распространённых тяжелых соматических и онкологических заболеваний или возрастания смертности от них.

Социально ориентированное признание инвалидности у 1/3 (!) лиц работоспособного возраста отнюдь не говорит об истинной прогрессирующей инвалидизации УЛПА (украинских ликвидаторов последствий аварии – шеф-редактор).

Это лишь удовлетворение их социальных притязаний, обосновываемых только принадлежностью к участию в ЛПА в 1986-1987 гг. и развитием различных состояний и заболеваний «после участия в ЛПА».

Кроме вежливо уклончивых фраз о возможности других (кроме радиационного) влияний, лишь в немногих работах делаются попытки количественно оценить реальную модификацию ими эффекта при одной и той же дозе. Как правило, не оценивается относительный вклад всех обычных факторов риска развития патологии нервной системы.

К таким относятся курение, хроническая алкогольная интоксикация, несбалансированное питание, низкая физическая активность, хронический поставарийный стресс, нерациональный режим труда и отдыха. Безусловно определённое влияние оказывают этногеографические и возрастно-половые особенности исследуемых групп и конкретные социально-психологические особенности отдельных лиц.

Перенесённое лучевое заболевание или, тем более, только облучение в имевших место при аварии ЧАЭС дозах (максимально до 0,5-1,0 Гр) не может всю жизнь следовать за пациентом, как единственный или ведущий фактор любых изменений в состоянии его здоровья.

Таким образом, есть основания предположить, что в условиях тщательного

динамического неврологического наблюдения и его квалифицированной оценки просто раньше диагностируется гипертоническая болезнь, атеротромботические нарушения или васкулиты различной этиологии.

Звіт про роботу наукового центру радіаційної медицини АМН України за 2009 рік [3]

Труднощі та недоліки: для забезпечення високого рівня науково-дослідної роботи необхідно підвищувати професійний рівень співробітників на базі підрозділів інституту шляхом проведення семінарів, наукових повідомлень про нові методи профілактики, діагностики, лікування, обміну досвідом та навичками діагностичної роботи на робочих місцях з представниками інших НДІ та діагностичних центрів.

Критический пересмотр собственной кандидатской диссертации [21]

В 1993г. мною была защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Клинико-психопатологическая оценка нервно-психических расстройств у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-1987 годах».

Моя диссертация, видимо, является иллюстрацией типичных ошибок исследователей, не являющихся профессиональными радиологами. ...Почти все ликвидаторы обнаруживали элементы сознательной или бессознательной аггравации и приходили на диссертационное обследование с «рентной» установкой.

Науковому центру радіаційної медицини АМН України 20 років [10]

Тут дбають і про обмін досвідом і найновішими знаннями в галузі радіаційної медицини. ... Колектив цієї шанованої установи

зустрічає третє десятиріччя свого існування на передових рубежах вітчизняної і світової медичної науки.

Структурно-морфологические изменения в головном мозге у больных с травматической энцефалопатией, подвергшихся воздействию факторов радиоэкологической катастрофы, по данным АКТ- и МРТ-исследований [16]

Сравнительный анализ данных нейровизуализационных методов исследования... показал повышение частоты структурных изменений головного мозга (расширение ликворосодержащих пространств, включая желудочковую систему мозга, и явления гипотрофии мозгового вещества) с повышением степени тяжести травмы, сопутствующего субарахноидального кровоизлияния, однако не зависящих от территории проживания обследованных больных, радиационного контроля или в районах, не подвергшихся радиационному загрязнению.

20 років катастрофи на ЧАЕС: медично-соціальні наслідки, статистика, сприйняття [2]

...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.

...щоб «довести» це, часто використовують неадекватні контрольні групи, репрезентативні вибірки, незадовільну статистичну обробку отриманих результатів або просто підміну понять.

...через низку об'єктивних і суб'єктивних причин, медична статистика на даний час соціально деформована настільки, що нездатна реально відбивати процеси, що відбуваються.

Дослідження динаміки частоти уроджених вад розвитку в районах Рівненської області, уражених унаслідок Чорнобильської катастрофи [5]

Не получено убедительных данных о том, что показатели частоты врожденных пороков развития области связаны с мутациями.

Оцінка стану виконання визначених законодавством заходів протирадіаційного, медичного та соціального захисту жителів територій, радіоактивно забруднених внаслідок чорнобильської катастрофи та пропозиції щодо напрямків її корекції [6]

На радіоактивно забруднених територіях в останні роки в країні із передбачених чинним законодавством 23 протирадіаційних заходів «майже не виконуються» - дев'ять, «виконувались нижче середнього рівня» - п'ять, на «середньому рівні» - три, «вище середнього» - п'ять та «добре» - одних захід.

Проведення якісного радіаційного контролю ... заважають міжвідомча неузгодженість та недостатність спеціалістів для контролю води, повітря й визначення доз опромінення, приладів та матеріалів для проведення контролю ґрунту, води, повітря ... продуктів харчування...

Аварія на ЧАЕС: ризики уявні та істинні [4]

Дивовижним можна вважати те, що це не знаходить розуміння у більшості фахівців нашої країни, тоді як поза її межами такий погляд на проблему є загальноновизнаним.

Российский национальный доклад ... [18]

При этом было обнаружено множество заболеваний, которые начали развиваться еще до ЧК, но ранее не были диагностированы в связи с недостаточной частотой, а где-то и с качеством медицинского обследования.

20 лет Чернобыльской катастрофы: взгляд в будущее. Национальный доклад Украины [8]

На 1 января 2006 г. в Украине 2 594 071 человек имел статус пострадавшего вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС (таблица). При сокращении общей численности пострадавших на 19% за 1997-2006 гг., что вполне естественно, обнаружилось две характерные особенности. Резко, почти в 1,8 раза, возрос контингент категории 1 - «инвалидов Чернобыля».

Не настолько существенно, на 3%, возросло количество пострадавших категории Г - тех, кто работал за пределами зоны отчуждения. Но быстрее всего (на 24%) уменьшилась численность категории 2А - участников ликвидации последствий аварии в 1986-1987 гг. Это говорит о том, что именно первая волна «ликвидаторов», мужчин молодого возраста, ощутила наиболее сильный удар по здоровью.

Статус пострадавших постоянно пересматривает Комиссия по спорным вопросам определения статуса лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС [16]

До настоящего времени не удалось вылечить ни с помощью медицинских средств и материальных компенсаций, ни реабилитацией окружающей среды целый ряд социальных «синдромов»: «синдром жертвы»; «синдром постоянного социального исключения»; «синдром эвакуации и переселения»; «синдром утраченного здоровья»; «синдром неуверенности и растерянности»; «синдром невежества».

Динамика общей численности граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы, по категориям (на 1 января 1997-2006 гг.)

Категории пострадавших	Количество пострадавших, тыс. чел.				
	1997	2000	2005	2006	2006 к 1997,%
Категория 1: инвалиды, инвалидность которых связана с Чернобыльской катастрофой	59 582	86 775	105 251	106 824	179
Категория 2	339 666	307 982	276 072	268 815	79
2А - участники ЛПА в 1986-1987 гг.	252 939	227 135	197 817	191 167	76
2Б - потерпевшие	86 727	80 847	78 255	77 648	90
Категория 3	558 637	549 649	537 504	533 144	95
3А - (участники ЛПА в 1987-1990гг.)	69 620	62 729	55 391	52 846	75
3Б - потерпевшие	489 017	486 920	482 113	480 798	98
Категория 4	1 169 804	1 150 273	1 081 469	1 065 022	91
Категория Г: лица, работавшие за пределами Зоны отчуждения	2530	2862	2780	2606	103
Потерпевшие дети (в том числе по облучению щитовидной железы в 1986 г.)	1 083 107	1 264 329	643 030	617 660	57
Всего	3 213 326	3 361 870	2 646 106	2 594 071	81

Источник: Данные Министерства по вопросам чрезвычайных ситуаций и по делам защиты населения от последствий Чернобыльской катастрофы, 2006 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Г.М. Альтернативных предложений не прозвучало // Мед. радиология. - 1991. -№ 6. - С. 51 - 53.
2. Амразян С.А., Кулініч Г.В., Філіппова С.М., Тихомирова М.Ю. 20 років катастрофи на ЧАЕС: медичко-соціальні наслідки, статистика, сприйняття // Укр. радіол. журнал. – 2006. – т.14. – С. 131-137.
3. Бебешко В.Г., Базика Д.А., Бруслowa К.М. та інші Звіт про роботу наукового центру радіаційної медицини АМН України за 2009 рік // Проблеми рад. медицини та радіобіології. – 2010. – Вип.15. – С. 7-23.
4. Васильев Л.Я., Амразян С.А., Кулініч Г.В., Філіппова С.М. Аварія на ЧАЕС: ризики уявні та істинні // Укр. радіол. журнал. – 2011. – т.19. – С. 371-375.
5. Гнатейко О.З., Федоришин З.М., Кіцера Н.І. Дослідження динаміки частоти уроджених вад розвитку в районах Рівненської області, уражених унаслідок Чорнобильської катастрофи // Укр. радіол. журнал. – 2002. – т.10. – С. 145-147.
6. Гунько Н.В., Омельянец М.І. та інші. Оцінка стану виконання визначених законодавством заходів протигадіаційного, медичного та соціального захисту жителів територій, радіоактивно забруднених внаслідок чорнобильської катастрофи та пропозиції щодо напрямків її корекції // Проблеми рад. медицини та радіобіології. – 2010. – Вип.15. – С. 114-126.

7. Гуськова А.К. Радиация и мозг человека // Мед. радиология. – 2001. – № 5. – С. 47-55.
8. 20 лет Чернобыльской катастрофы. Взгляд в будущее: Национальный доклад Украины. – К.: Аттика, 2006. – 232с.
9. Деденков А.Н. Мнение об «Информации о заседании Киевского городского и областного научного общества рентгенологов и радиологов // Мед. радиология. - 1991. - № 6. - С. 49.
10. Доманська Л. Науковому центру радіаційної медицини АМН України 20 років // Укр. радіол. журнал. – 2006. - № 4. – С. 493-495.
11. Заявление группы ученых, работающих в области радиационной безопасности и радиационной медицины, в связи с ситуацией, обусловленной аварией на Чернобыльской атомной электростанции // Мед. радиология. – 1990. – № 1. – С. 7-9.
12. Кейсевич Л.В. Записки врача-ликвидатора. – К.: Б.и., 1993. – 224с.
13. Киндзельский Л.П., Розенфельд Л.Г., Колотилос М.М. Життя після Чорнобиля // Наука-фантастика. – 1991. – № 9.
14. Коваленко А.Н., Дубровина Г.В. Случай прижизненно не распознанного первичного амилоидоза у мужчины, эвакуированного из зоны отчуждения Чернобыльской АЭС // Укр. мед. часопис. – 2009. - № 2(70). – С. 76-80.
15. Матяш М.М. Клініка, діагностика та лікування уражень головного мозку у віддалений період закритої черепно-мозкової травми в осіб, що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи. Автореф. дис... ..д-ра мед. наук: 14.01.15 / ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології». – Харків, 2012. – 40с.
16. Матяш М.М. Структурно-морфологические изменения в головном мозге у больных с травматической энцефалопатией, подвергшихся воздействию факторов радиоэкологической катастрофы, по данным АКТ- и МРТ-исследований // Укр. мед. часопис. – 2006. - № 3 (53). – С. 117-122.
17. Мечев Д.С., Барабой В.А., Демин В.Т. Информация о заседании Киевского городского и областного научного общества рентгенологов и радиологов // Мед. радиология. - 1990. - № 12. - С. 48-49.
18. Российский национальный доклад. 25 лет Чернобыльской аварии. Итоги и перспективы преодоления ее последствий в России (1986-2001). – М.: Б.и., 2011. – 160с.
19. Сердюк А.М., Неронов А.И., Розенфельд Л.Г. и др. О создании подвижного многоцелевого диагностического и лечебно-консультативного центра // Врачебное дело. – 1990. - № 4. – С. 1-4.
20. Сердюк А.М., Бобильова О.О., Набока М.В. Медична політика в галузі охорони здоров'я населення після Чорнобильської катастрофи // Укр. радіол. журнал. – 1996. - № 1. – С. 7-10.
21. Скавыш В.А. Критический пересмотр собственной кандидатской диссертации // Мед. радиология. – 1999. – № 1. – С. 72-75.
22. Спіженко Ю.П., Розенфельд Л.Г., Мельник В.М. Попередні підсумки та перспективи наукових досліджень медичних аспектів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС вчених Міністерства охорони здоров'я України // Укр. радіол. журнал. – 1993. – т.1. – С. 8-10.
23. Чернобыльская катастрофа. – К.: Наук. думка, 1995. – 560с.
24. Филюшкин И.В. О «концепции» пожизненной дозы 35 Бэр // Мед. радиология. – 1991. – № 6. – С. 53-55.
25. Яворовски З. Жертвы Чернобыля: реалистическая оценка медицинских последствий Чернобыльской аварии // Мед. радиология. – 1999. – № 1. – С. 19-30.
26. Ярмоненко С.П. По поводу «Информации о заседании Киевского городского и областного научного общества рентгенологов и радиологов // Мед. радиология. - 1991.- № 6.-С. 49- 51.