

PROSPECTS FOR NUCLEAR POWER IN UKRAINE BACKGROUND OF FURTHER ESCALATION OF THE SITUATION TO ENSURE NON-PROLIFERATION REGIME AND COMBATING INTERNATIONAL NUCLEAR TERRORISM

V.Voronenko, Y.Skaletskyy, V.Torbin

Resume. In the articles some technical going is considered near non-proliferation and counteraction to the threats of nuclear terrorism, and also separate technical approaches in relation to warning of nuclear proliferation (application of reactors of small-yield with large duration of campaign, thorium fuel cycle and others like that).

The problem of account of international context of development of national nuclear energy is analysed, the possible variants of development of nuclear energy are outlined from point of problems of nuclear non-proliferation and providing of physical nuclear safety.

Keywords: nuclear energy, nuclear reactors, fuel cycle, non-proliferation of nuclear materials and physical defence, international nuclear terrorism.

УДК 613.648.4

АНАЛІЗ МЕТОДИЧНИХ ЗАСАД ТА ПРАКТИКИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЙ ЗІ ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИННОГО ЗВ'ЯЗКУ ХВОРОБ З ВПЛИВОМ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА ІНШИМИ ШКІДЛИВИМИ ЧИННИКАМИ АВАРІЇ НА ЧАЕС

¹Вороненко В.В., ²Скалецький Ю.М., ³Торбін В.Ф.

¹Міністерство охорони здоров'я України

²Національний інститут стратегічних досліджень

³Українська військово-медична академія

Резюме. У статті проаналізовано методичні засади та практика діяльності медико-соціальних експертних комісій зі встановлення причинного зв'язку хвороб з впливом іонізуючого випромінювання та іншими шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС. Встановлено, що у нормативних документах, що регламентують діяльність експертних комісій існує ряд недоліків: при проведенні експертизи здоров'я ліквідаторів, потерпілого дорослого населення і постраждалих дітей на сьогодні немає чіткої диференційної діагностики захворювань, викликаних шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС й іншими факторами. Не існує конкретних характеристик впливу кожного шкідливого фактора аварії на ЧАЕС, у тому числі немає чітких визначень дозових навантажень. А у 70% ліквідаторів дозові навантаження не документовані. У тих же, де вони відновлені ретроспективно, немає гарантій повнооб'ємності. Крім того, сам Перелік захворювань та інструкція із застосування Переліку має ряд невизначеностей. Певні недоліки виявлено і в роботі експертних комісій.

Ключові слова: аварія на ЧАЕС, захворюваність постраждалих, медико-соціальна експертиза, зв'язок захворювань із чинниками Чорнобильської катастрофи.

Вступ. Для з'ясування причин та обставин виникнення та особливостей перебігу численних хвороб, що призводять до інвалідності і смерті серед осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, в Україні було створено уповноважені медичні експертні комісії (Центральну та регіональні міжвідомчі експертні комісії (далі - міжвідомчі експертні комісії), обласні спеціалізовані лікарсько-консультативні комісії (далі - облспецЛКК), дитячі обласні спеціалізовані лікарсько-консультативні комісії (далі - дитячі

облспецЛКК), обласні спеціалізовані медико-соціальні експертні комісії (далі - облспецМСЕК) для встановлення причинного зв'язку таких хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Вони є складовими існуючої системи експертизи по встановленню причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

У даній статті аналізуються методичних засади та практика діяльності даних медико-соціальних експертних комісій.

Матеріали та методи дослідження. Дане дослідження побудовано на використанні методів системного аналізу: логіки, аналізу, синтезу.

Матеріалами дослідження слугували нормативно правові акти Державного (2) та відомчого значення (2) та наукові джерела (5) за темою статті.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно офіційної статистики в Україні зареєстровано 2 210 605 постраждалих від Чорнобильської катастрофи. Серед них: учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС (ліквідаторів) - 255 862; евакуйованих - 52444; потерпілих, що проживають та проживали на забруднених територіях - 1 954 743; потерпілих дітей 482 357 (більшість сформована дітьми, що народилися від постраждалих та від осіб, які мешкають на забруднених територіях). Водночас, інвалідів Чорнобилю нараховується біля 112 729 осіб. Щорічний приріст інвалідності у межах від 0,5 до 2% (незначний). Наголосимо, що відбувається зміна структури інвалідності: зменшується кількість інвалідів-ліквідаторів відносно інвалідів з інших контингентів постраждалих.

Причиною таких змін є постаріння населення після аварії та смерть інвалідів-ліквідаторів від хвороб. Так, на сьогодні у загальному масиві даних щодо інвалідизації ліквідатори склали 65 % (відповідно 35% всі інші категорії населення, в тому числі - діти). Для порівняння: у 1994 році таке співвідношення становило 91% до 9%.

Підкреслимо, що за післяаварійні роки причинний зв'язок хвороб з впливом іонізуючого випромінювання та іншими шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС отримали більш ніж 160 тисяч постраждалих. Деякі із них померли, а деякі мають недуги, що не призвели до інвалідності.

В Наказі МОЗ України № 150 від 17.05.1997 р. вся третя група хвороб (15 пунктів) давала можливість для встановлення зв'язку з наслідками аварії.

Проаналізувавши чинники аварії на ЧАЕС, що діяли на територіях, необхідно зробити висновок, що фактор радіоактивного забруднення цих регіонів не міг негативно вплинути на стан здоров'я проживаючих там громадян. Як приклад: доза радіоактивного забруднення територій 5 Кі/км² та 10 Кі/км² відповідає поглинутій дозі відповідно 0,1 та 0,2 сГрей у рік (за 15 років - 1,5 та 3,0 сГрей). Коментарі, як кажуть, зайві. Ми вважаємо що на цих територіях може бути врахований тільки один негативний чинник аварії на ЧАЕС - опромінення щитоподібної залози (ЩЗ) радіоактивним йодом (для дорослого населення - 30 сГрей і більше, для дітей - 5 і більше) і лише при хворобах ЩЗ. Це дасть можливість скласти перелік населених пунктів для дітей

та дорослих, де буде врахований негативний вплив радіоактивного йоду, зменшити кількість звернень в експертні комісії. Окрім того, різко зменшити кількість інвалідів з категорією, що пов'язана із впливом чинників аварії на ЧАЕС. Для прикладу: за 2000 рік отримали зв'язок 1678 потерпілих третьої та 2827 - четвертої категорії; як правило, вони є або всі стануть інвалідами.

Натепер існує ряд медико-соціальних проблем, пов'язаних із наслідками аварії на ЧАЕС 1986 року, що потребують першочергового вирішення (табл. 1). Їх умовно можна розділити на три основні групи.

Таблиця 1

Основні групи медико-соціальних проблем у зв'язку з наслідками Чорнобильської катастрофи та шляхи їх подолання

Групи проблем	Оптимальна скерованість зусиль щодо вирішення
I. Перегляд статусу територій радіоактивного забруднення	Реалізація комплексних науково-практичних проєктів щодо зіставлення даних дозиметричного обстеження територій та об'єктивних свідчень про стан здоров'я населення, яке на них мешкає
II. Медико-соціальний супровід статусу осіб першої категорії	Науков обґрунтування збільшення тривалості періодів між повторними МСЕК; зміни у системі експертизи, які б базувались на вивірених наукових фактах
III. Надання спеціалізованої медичної допомоги усім категоріям постраждалих	Облік результатів об'єктивних розробок; забезпечення досяжності сучасних технологій; можливі варіанти гарантованого страхування; обов'язкове санаторно-курортне лікування

Перша група проблем - перегляд статусу територій радіоактивного забруднення. Декілька коментарів з цього приводу. Отже, зміни у законодавстві, звичайно, можливі але за умови подачі на розгляд у Верховну Раду науково-обґрунтованих пропозицій. Вважаємо, що з цією метою (у мінімальний термін) необхідно затвердити план науково-дослідних робіт, що надасть можливість не лише оцінити радіоактивне забруднення окремих територій, а й визначить міру негативного впливу на стан здоров'я проживаючих тут.

Друга група проблем - статус осіб першої категорії. Ми вважаємо помилковою думку про перегляд статусу осіб, які мають першу категорію, бо перегляд груп інвалідності, що надані постраждалим на 5 років чи довічно, неможливий без змін у законодавстві. У зв'язку з цим необхідно отримати від Дніпропетровського науково-дослідного інституту медико-соціальної експертизи наукове обґрунтування особливостей збільшення проміжку між повторними переглядами МСЕК для постраждалого населення (на відміну від інших категорій населення). Щонайважливішим для вирішення даної проблеми постають зміни у системі експертизи потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Тут досить багато спекуляцій, уникнути яких можна лише озброївшись переконливими науковими фактами.

Вважаємо, що вже сьогодні можна, не міняючи законодавства, досить різко та науково - обґрунтовано зменшити кількість осіб, які отримують причинний зв'язок з негативним впливом аварії на ЧАЕС та першу категорію, приблизно з 6-7 тисяч до 200-400 осіб. Враховуючи ж вік та смертність серед осіб першої категорії, можна прогнозувати щорічне зменшення кількості осіб першої категорії на 4-5 тисяч.

Після затвердження проєкту Наказу МОЗ в заміні існуючого Наказу МОЗ України № 150 від 17.05.97 року можлива ліквідація всіх дорослих та дитячих

спеціалізованих ЛКК, а після розробки ще одного наказу МОЗ про обов'язкову диспансеризацію ліквідаторів 2-3 категорій, евакуйованих, переселених із зони обов'язкового відселення та надання результатів диспансеризації Центральній міжвідомчій експертній комісії імовірна ліквідація і всіх шести регіональних міжвідомчих експертних комісій:

Третя група проблем - надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим. У цьому зв'язку наголосимо, що створена на території України сітка спеціалізованих диспансерів радіаційного захисту населення та виділення профільних ліжок в обласних лікарнях покращили доступність медичної допомоги для постраждалих. Однак, потрібно відмітити, що чіткі особливості у лікуванні постраждалих для практичної охорони здоров'я дотепер не реалізується.

Сьогодні існують медичні установи, які за своїми функціями та можливостями не потрібні. Як приклад Український диспансер радіаційного захисту населення.

Основним завданням покращення медичної допомоги постраждалому населенню є доступність сучасних діагностичних методик та забезпеченість медикаментозного лікування. Щодо фінансування медичних наукових тематик, то воно, з нашої точки зору, можливе лише за умови, що результати науково-дослідницької роботи зможуть використовуватись у практичній медицині.

Цікавою є пропозиція про фінансування не клінік, а виплат на лікування конкретним хворим (щось на зразок гарантованого державного страхування). У відношенні постраждалих ця ідея потребує чітких розрахунків для права на життя сьогодні, а при переході на страхову медицину всієї охорони здоров'я України вона вже буде обов'язковою.

І, нарешті, ми категорично переконані у тому, що санаторно-курортне лікування є одним із видів лікування, й воно не може бути замінене грошовою компенсацією.

Загалом вважають, що встановлення зв'язку захворювання із впливом іонізуючого випромінювання й інших чинників Чорнобильської катастрофи можна інтерпретувати у вимірі професійної патології. До цього додамо, що відмінною рисою експертизи осіб, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС, є багатофакторність шкідливого впливу на організм.

З огляду на те, що діяльність експертних комісій пов'язана певним чином зі службами медико-соціальної експертизи, розглянемо питання їх роботи в одному інформаційному блоці. Зрозуміло, що і проблеми тут споріднені.

Спочатку трохи Історії. Отож, у розвитку експертизи осіб, котрі постраждали внаслідок впливу іонізуючого випромінювання й інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС, можна умовно виділити чотири основних етапи.

І етап — створення системи експертизи ліквідаторів (1988—1990 рр.). Він як явище мав об'єктивне підґрунтя. Справа в тому, що наближені до моменту аварії роки показали зростання звернень ліквідаторів за медичною допомогою. Клініка таких звернень не вкладалася в уявлення вчених про променеву хворобу, хоча першими такими пацієнтами були ліквідатори, які працювали у найнесприятливіших умовах й одержували більшу дозу опромінювання.

Збільшення числа маніфестацій та загострень ряду соматичних захворювань слугувало причиною створення першої і єдиної тоді Центральної міжвідомчої експертної Ради (ЦМЕР). Вона була фундована у 1988 році Рішенням Урядової комісії № 839 та Наказом № 731 МОЗ СРСР. Тоді передбачалося, що звернення до ЦМЕР будуть поодинокими, й розгляд будуть підлягати лише справи ліквідаторів із числа обстежених у клініці Всесоюзного наукового центру радіаційної медицини (ВНЦПМ).

II етап - розширення системи експертизи ліквідаторів (1990-1991 рр.). Як показав один рік роботи ЦМЕР, кількість звернень зростала у геометричній прогресії. Виникла потреба у збільшенні числа експертних Комісій на території СРСР. Було створено регіональних Українських, 8 Російських і ще по одній у кожній іншій союзній республіці (республіканські). Пізніше в Україні з'явилися ще три регіональні експертні Комісії, а у 1991 році в кожній області була організована спеціалізована ЛКК (Спец. ЛКК) з експертизи потерпілого дорослого населення і дітей.

III етап — нагромадження досвіду й охоплення експертизою потерпілого дорослого населення і постраждалих дітей (1991—1997 рр.). Протягом п'яти наступних років Спец. ЛКК і деякі експертні Комісії проекспертували основну масу потерпілих, що проживають у підвідомчих областях. Тому необхідність роботи в ряді областей цих Комісій відпала. Спец. ЛКК збереглися у найбільш забруднених областях (Київській, Чернігівській, Черкаській, Житомирській, Рівненській, Волинській).

IV етап — мінімізація наслідків аварії на ЧАЕС (1997 — по теперішній час). На сьогоднішній день розробляються нові Накази МОЗ України на заміну існуючих №№ 150 й 166/129, які дозволять скоротити всі наявні дорослі Спец. ЛКК, а їх функції покласти на експертні Комісії, а також скоротити всі дитячі Спец. ЛКК, залишивши лише Центральну дитячу Спец. ЛКК). Передумовами таких скорочень слугували зміни, рекомендовані в Наказі № 150 МОЗ України щодо встановлення зв'язку потерпілими, які мешкають на території добровільного відселення й посиленого радіологічного контролю (дорослі Спец. ЛКК), та зміна віку дітей і перехід їх у підвідомчість «дорослих» експертних Комісій (дитячі Спец. ЛКК).

Наголосимо, що перелік захворювань у Наказі МОЗ України № 150 від 17.05.1997 р. складався на основі наукових даних світової медицини, які накопичені щодо інших ядерних аварій та вибухів атомних бомб. Щоправда враховувалась багатофакторність шкідливих впливів при Чорнобильській катастрофі (на відміну від інших аварій). Так, було визначено три групи захворювань, найпроблематичнішою з яких виявилась третя група.

На сьогодні немає чіткої диференційної діагностики захворювань, викликаних шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС й іншими факторами. Не існує конкретних характеристик впливу кожного шкідливого фактора аварії на ЧАЕС, у тому числі немає чітких визначень дозових навантажень. А у 70% ліквідаторів дозові навантаження не документовані. У тих же, де вони відновлені ретроспективно, немає гарантій повнооб'ємності. Крім того, сам Перелік має ряд недоліків, один із яких — положення про встановлення зв'язку з «чорнобильським чинником» при певному ступені тяжкості захворювання.

Наприклад: за наявності ГХ-11 без кризи й ускладнень виноситься негативні рішення щодо такого зв'язку, а через рік (при виявленні ускладнень: кризовий перебіг, дисциркуляторна гіпертонічна енцефалопатія, ГПМК, інфаркт міокарда) - він установлюється.

В інструкції із застосування Переліку є теж ряд невизначеностей, які дають можливість трактувати Наказ МОЗ України № 150 від 17.05.1997 р. по-різному (пункти 3.6; 3.8.1; 3.8.3), а наявність невідповідності у дитячому й дорослому Переліках спричиняє порушення основного принципу роботи Комісій - послідовності рішень.

Як показали перевірки діяльності регіональних експертних Комісій і Спец. ЛКК, якість проведених експертиз має розходження з реальним станом справ. Особливо чітко це видно на роботі Спец. ЛКК. Так, показник встановлення зв'язку з «чорнобильським чинником» по IV зоні коливається від 60% до 92%. Це свідчить про різне трактування того ж Наказу МОЗ № 150. У роботі ж регіональних експертних Комісій показник встановлення такого зв'язку документований у межах 60- 70%. Однак, наголосимо, що предметний перегляд відмовлених справ міжвідомчих експертних комісій ЦМЕК презентує 13—15% змін.

Потрібно враховувати, що до критеріїв, за якими встановлюється зв'язок з роботами по ліквідації наслідків Чорнобильської аварії (впливом чинників аварії на ЧАЕС), відносяться не лише терміни виникнення захворювання, а й інші фактори: доза опромінення, вік хворих, характер робіт, наявність професійних шкідливостей тощо. Проте, оскільки Комісії позавідомчі, існує можливість (виявлені непоодинокі випадки) встановлення зазначеного зв'язку за соціальними критеріями (багатодітність, наявність інвалідів у родині).

Для хворих, які продовжують роботу в зоні відчуження, не врахований фактор додаткового, негативного її впливу після 1990 року (закінчення ліквідації наслідків аварії). Тому жителі територій IV категорії забруднення перебувають у кращому становищі щодо Переліку, ніж ліквідатори, які продовжували роботу у зоні відчуження.

Аналізуючи проблему, не можна не згадати про існування Російського й Білоруського Переліків захворювань та їх відмінності від нашого, що засвідчує неоднозначність державного підходу до її вирішення.

Щодо надання наукового обґрунтування Переліку та критеріїв віднесення хвороб до таких, котрі можуть бути пов'язані з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії ЧАЕС, зазначимо, що в їх основу були покладені: міжнародні наукові дані, отримані при інших ядерних аваріях; наукові факти, отримані після аварії на ЧАЕС НЦРМ АМН України та аналогічними інститутами інших держав; клінічні дані обстеження постраждалих від Чорнобильської катастрофи.

Перша група захворювань з Переліку пов'язана виключно із дією іонізуючого випромінювання, має характерну клінічну картину та не потребує наукового обґрунтування. Стосовно ж другої та третьої груп недуг багато фахівців до сих пір вважають, що їх патогенез не відрізняється від, так би мовити, пересічних ситуацій (*наприклад: «хронічний гастрит — він і є хронічним гастритом»*). Тому для виправлення хибної оцінки були розроблені відповідні критерії, які дозволяють з найбільшою ймовірністю віднести ці

хвороби до тих, що пов'язані з іонізуючим випромінюванням та іншими шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС. Сподіваємось, до речі, що наші багаторічні зусилля (зокрема — документовані далі) реально сприятимуть формуванню об'єктивних оцінок ситуації.

Зауважимо, що ймовірність віднесення хвороб до пов'язаних з аварією на ЧАЕС збільшується при зростанні дози іонізуючого опромінення, дози радіаційного забруднення території, часу та терміну участі в ліквідації наслідків аварії чи проживання на радіаційно забрудненій території, присутності в анамнезі таких чинників, як стрес, пиловий фактор, певні умови праці. Ця ймовірність зменшується при збільшенні віку постраждалого і присутності шкідливих чинників, які не мають відношення до аварії (табл. 2).

Найбільш проблемними є критерії часу виникнення хвороби та що вважати початком її виникнення. Вони стосуються лише третьої групи хвороб Переліку.

Науково доведено, що після дії шкідливого чинника недуга проявляється в термін від одного місяця до декількох років. Тому після обговорення провідними фахівцями в галузі радіаційної медицини за участі провідних спеціалістів МОЗ України час маніфестації хвороб був внесений у критерії. Відсутність кваліфікованої медичної допомоги та складність її отримання (особливо у сільській місцевості) призводить до пізньої або помилкової діагностики.

Таблиця 2

Проблематика віднесення хвороб до пов'язаних з чинниками Чорнобильської катастрофи

Методологічний вимір	Критерії
Аргументи на користь	- Зростання дози іонізуючого опромінення; - зростання дози радіаційного забруднення території; - час (наближений до аварії) та термін (тривалий) перебування у зоні ЧАЕС; - присутність в анамнезі стресу, пилового фактора та жорстких умов праці
Аргументи проти	- Збільшення віку постраждалих; - присутність в анамнезі шкідливих чинників, які не мають відношення до аварії
Найбільш проблемні чинники	- Термін маніфестації хвороби та що вважати за маніфестацію

Отож, початок розвитку хвороби вважається проблемним. При первинному встановленні діагнозу амбулаторно, без інструментальних та лабораторних досліджень, надалі він не підтверджується у багатьох випадках. Тому припустимо, що як початок розвитку хвороби можна документувати перше клінічне обстеження (стаціонарне) або обстеження амбулаторне, але з підтвердженням діагнозу інструментальними та лабораторними дослідженнями.

Зупинимось детальніше на науковому обґрунтуванні п'ятирічного терміну розвитку хвороб, що виносяться на розгляд експертних Комісій. У цьому зв'язку наголосимо, що він поширюється лише на пункти з 4 по 15 «Переліку хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників у дорослого населення, яке постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».

При узаконенні п'ятирічного терміну виходили з того, що хвороба виникає або в період дії шкідливого чинника, або у перші рік-два після впливу. Але, враховуючи неможливість отримати якісне медичне діагностичне

обстеження на селі чи у ЦРЛ, термін був продовжений до п'яти років. За цей час хвороба мала б себе повністю проявити та примусити хворого звернутись за спеціалізованою медичною допомогою.

Щодо більшості хвороб з п'ятирічним терміном існування на сьогодні вносити зміни у його подовження недоцільно, бо відбувається постаріння постраждалих, а розвиток деяких хвороб пов'язаний з віковим фактором ризику (гіпертонічна хвороба; ІХС; церебральний атеросклероз; атеросклероз артерій нижніх кінцівок). Отож, збільшення терміну маніфестації для цих недуг порушить часову ланку між дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС з розвитком хвороби, призведе до несправдиво «обгрунтованого» збільшення числа інвалідів серед постраждалих.

Водночас необхідно виділити дві групи хвороб, термін розвитку яких може бути подовженим. Це — психічні розлади на тлі цереброваскулярної патології і цирози печінки. Тут звернімося до світового досвіду. Так, у постраждалих внаслідок атомних бомбардувань Хіросіми і Нагасакі радіаційні ризики для цереброваскулярної патології були виявлені впродовж 45 років після опромінення.

Досвід же проспективних спостережень НЦРМ АМН України за «нейропсихіатричними наслідками» гострої променевої хвороби свідчить про трансформацію нейрофункціональних розладів (вегетативної дисфункції, астеноневротичного синдрому та ін.) з початком виникнення «органічного» ураження головного мозку (пострадіаційної енцефалопатії) через 3—5 років після опромінення.

Ми, звичайно, не згодні із таким закоренілим медичним сленгом (маємо на увазі вислови щодо «органічної» й «неорганічної» патології головного мозку), бо кожне захворювання беззаперечно має субстрат, який інколи ще неможливо верифікувати на наявному рівні поінформованості людства (це не суперечить навіть теологічним канонам). Проте, якщо «закрити очі» на вільне поведіння колег із НЦРМ АМН України із термінами, то мова вочевидь йде про прогресування альтеративних змін в структурах головного мозку та виснаження — компенсаційно-приспосувальних.

В УЛНА на ЧАЕС трансформацію нейрофункціональних розладів до «органічного» ураження головного мозку сполученого (соматогенного та пострадіаційного генезу) спостерігали через 5-7 років після робіт з ліквідації наслідків аварії. Однак, його прогресуюче зростання відбувається через 10 та більше років. Учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, які зазнали опромінення у дозах понад 250 мЗв та/або працювали у Чорнобильській зоні відчуження більше 3-5 років, мають статистично значно вищий ризик розвитку психоневрологічної патології. Патологічний розвиток особистості УЛНА (посттравматичний стресовий, психосоматичний, органічний, шизоїдний) також формуються впродовж 5-10 та більше років.

Таким чином, вважаємо, що п'ятирічний термін початку розвитку психічних розладів для УЛНА на ЧАЕС є обмеженим, недостатньо обгрунтованим та недостатньо надійним критерієм їх зв'язку з наслідками Чорнобильської катастрофи.

Друга група «проблемних» хвороб - цирози печінки.

Згідно загальноновідомих даних, отриманих японськими вченими у постраждалих внаслідок атомних бомбардувань Хіросіми і Нагасакі, радіаційні ризики розвитку цирозу печінки відповідають 10-15 рокам після опромінення. Досвід спостережень хворих на цироз печінки у терапевтичному відділенні НЦРМ АМН України (за винятком цирозу після вірусного гепатиту та алкогольної і токсичної етіології) теж дає підстави подовжити термін розвитку цирозу печінки до 10-15 років.

Підкреслимо, що найбільша проблема експертизи на сьогодні - фальсифікація документів. Є підстави стверджувати, що кількість фальсифікацій росте. Адміністративні заходи впливу тут незначні й тому не ефективні.

Необхідно зупинитися на трьох моментах у роботі експертних Комісій, які ми вважаємо основними.

Перегляд документації у випадках інвалідності внаслідок ГХ, ДЕП чи інсульту, які розвинулись на тлі раніше діагностованої ВСД, пов'язаної з впливом «чорнобильського чинника».

Відомо, що (згідно наукових даних відділу неврології НЦРМ АМН України) раніше встановлений функціональний діагноз «ВСД» через 5-10 років після закінчення робіт з ліквідації наслідків аварії в зоні ЧАЕС повинен розцінюватися, як провісник подальшого соматичного захворювання. Отож, повторний перегляд документації у таких випадках недоцільний, спричиняє додаткові витрати людських ресурсів і бюджетних коштів.

Хибна оцінка причинно-наслідкових зв'язків. Як правило ряд захворювань, які ведуть до метаболічних порушень (цукровий діабет, гіпотиреоз), викликають у кінцевому результаті дисциркуляторну, дисметаболічну енцефалопатію (ДЕП), що некомпетентними лікарями оцінюється як окреме захворювання, а не ускладнення основного. Це вимагає повторного розгляду на експертних Комісіях й, відповідно, повторного обстеження. Найбільшим курйозом у таких випадках при направленні на ЛТЕК, є діагноз, де основне захворювання «ДЕП», а супутне — «важкий гіпотиреоз» або «цукровий діабет».

Етична проблема, яка стосується роботи тільки ЦМЕК. У рідких випадках окремі ЛТЕК проводять повторну експертизу, ставлячи під сумнів рішення ЦМЕК. Як правило, документація, подана на розгляд, зв'язється на регіональній міжвідомчій експертній Комісії. Скасувати таке рішення дуже складно, для цього необхідні вагомі причини, основною з яких є фальсифікація первинної медичної документації. Зважаючи на те, що для встановлення групи захворювання важливо враховувати перебіг хвороби за останній або кілька останніх років, можна припустити, що вивчення динаміки хвороби за останні 10-15 років є не що інше, як надання допомоги експертним Комісіям (іншими словами — повторна експертиза). Необхідно у кожному конкретному випадку враховувати, що за фальсифікацію документації несуть відповідальність головні лікарі лікувальних установ, і це є недоробки керівників обласних відділів охорони здоров'я, у тому числі й головних експертів областей.

Після перегляду справ експертними комісіями, в тому числі ЦМЕК, зміна рішення попереднього етапу експертизи по всіх регіонах України становить

11-13% від наданих на повторну експертизу справ. Але щодо окремих областей цей показник має суттєву різницю. Так, для Чернівецької області він становить 10%, Івано-Франківської — 16%, Закарпатської — 23%, Донецької та Львівської — 5%, Дніпропетровської — 7%. Чим вище відсоток, тим менш якісні первинні медичні документи (виписки із районних та дільничних лікарень) надсилаються на експертизу. Наголосимо, що їх основними недоліками є, як правило, відсутність анамнезів хвороби і життя, що утруднює експертизу. У багатьох виписках відсутні дані клінічних та інструментальних методів досліджень, що підтверджують встановлений діагноз. Складається враження, що діагнози визначаються лікарями лише на підставі скарг хворого та його огляду. Загальновідомо, що такі діагнози як «Ішемічна хвороба серця», «Гіпертонічна хвороба», «Дисциркуляторна енцефалопатія», «Автоімунний тиреоїдит» не можливо верифікувати без додаткових клінічних та інструментальних методів дослідження. В ряді ж випадків встановлення діагнозу потребує обласного рівня обстеження з використанням технічно складних і коштовних методів та апаратури.

Важливо звернути увагу і на ведення амбулаторних карт. Зокрема, при зверненні хворого у поліклініку, як правило, первинно встановлюється неверифікований діагноз та призначається лікування. Виникає питання: чи не є це злочином перед хворим?

Хочеться привернути увагу до ще одного недоліку роботи всіх ланок медичних установ. Це - візування документів. Так, аналіз первинної медичної документації свого часу показав, що стаціонарні виписки можуть бути підписані одним лікарем або завідуючим поліклінікою чи відділенням, у поодиноких випадках - головним лікарем та його заступником з лікувальної роботи. Печатки ж можуть бути від гербової районної до трикутної для рецептів. Кутювий штамп лікарень відсутній у 90% виписок. При проведенні експертизи це змушує перевіряти документи, що подовжує терміни самої експертизи. Не рідко виявляються фальсифіковані виписки. Оскільки ця проблема стосується всіх областей України, вона потребує вирішення на рівні Міністерства охорони здоров'я.

Ще значною проблемою є велика кількість встановлених фактів інвалідності серед населення, постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи. Тут необхідно провести порівняльний аналіз не лише з населенням, що не зазнало безпосереднього впливу чинників аварії на ЧАЕС, а й з інвалідами інших категорій професійної патології (шахтарі, «афганці»). Необхідно врахувати також збільшення випадків встановлення інвалідності у зв'язку зі старінням постраждалого населення на 20 років (від 26.04.1986 р. - дати аварії на ЧАЕС) і проаналізувати щодо цього кожен категорію постраждалих.

Зрозуміло, що мотивацією для отримання пенсії за інвалідністю, пов'язаною з наслідками аварії на ЧАЕС, є її солідний розмір (часто перевищує заробіток на основній роботі) та соціальна незахищеність громадян. Якщо звернутись за досвідом до колишнього Радянського Союзу, то треба відмітити, що розміри пенсій за професійною патологією та хворобами, котрі виникли при виконанні обов'язків військової служби, не перевищували тоді основної зарплатні. Враховуючи факт, що держава взяла на себе безкоштовне лікування

та частково безкоштовні забезпечення ліками й оздоровчий відпочинок, може було б доцільним змінити законодавство та, поступово підвищуючи заробітну плату, зрівняти її з пенсією чи зробити більшою від останньої.

Досвід роботи системи експертизи щодо встановлення причинного зв'язку хвороб із дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на Чорнобильській АЕС і Центральної міжвідомчої експертної комісії за післяаварійний період вимагає перегляду не лише існуючих нормативних документів, а й правильного розуміння самого поняття *такої експертизи*. Зокрема, на сьогодні багате державних службовців вважають її суто медичною експертизою.

У зв'язку з цим необхідно уточнити: формально встановлення причинного зв'язку з аварією на ЧАЕС не скероване на надання у подальшому категорії інвалідності та не впливає на лікування чи фізичну реабілітацію постраждалих. Встановлення ж груп інвалідності з різних категорій - не що інше, як різна міра відповідальності держави за соціальний статус кожної окремої людини, що постраждала за різних обставин. Пенсії, які виплачує держава, спрямовані лише на соціальну реабілітацію хворих. Лікування ж і ліки для постраждалих першої категорії — безкоштовні. У зв'язку із зазначеним експертизу осіб, котрі постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, що проводиться експертними комісіями та МСЕК, необхідно вважати соціально-медичною експертизою. При цьому медична частина експертизи формується провідними медичними фахівцями в області радіаційної медицини, а соціальна — декларується державою. Якщо на сьогодні держава скасує деякі категорії потерпілих, то відповідно буде відмінена експертиза щодо цих категорій потерпілих.

Робота експертних Комісій не може вплинути на кількість встановлених груп інвалідності, але досвід роботи вимагає на сьогодні запропонувати Міністерству охорони здоров'я України зміни до існуючого Наказу МОЗ України № 150 від 17.05.1997 року. Суть пропозиції полягає у зміні в підході щодо встановлення причинного зв'язку потерпілим, які мешкають та працюють у зоні добровільного відселення і зоні посиленого радіаційного контролю, на чому ми наразі не будемо детально зупинятись.

Впродовж існування України, як незалежної держави, ніяких «глобальних» реформувань, скерованих на мінімізацію медико-соціальних наслідків аварії на ЧАЕС, не проводилось. Вважається, що зміни законодавства обов'язково викличуть соціальне незадоволення, а тому всі попередні гасла і заклики щодо них - безрезультативні політичні маніпуляції.

Висновки

1. Натепер існує ряд медико-соціальних проблем, пов'язаних із наслідками аварії на ЧАЕС 1986 року, що потребують першочергового вирішення: Перегляд статусу територій радіоактивного забруднення, Медико-соціальний супровід статусу осіб першої категорії, Надання спеціалізованої медичної допомоги усім категоріям постраждалих. Вирішення перших двох проблем дозволить обґрунтовано скоротити кількість постраждалих та кількість осіб, які отримують причинний зв'язок з негативним впливом аварії на ЧАЕС. Вирішення третьої проблеми дозволить різко підвищити рівень медичної допомоги усім постраждалим.

2. У розвитку експертизи осіб, котрі постраждали внаслідок впливу іонізуючого випромінювання й інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС, можна умовно виділити чотири основних етапи. I етап - створення системи експертизи ліквідаторів (1988—1990 рр.), II етап - розширення системи експертизи ліквідаторів (1990-1991 рр.), III етап - нагромадження досвіду й охоплення експертизою потерпілого дорослого населення і постраждалих дітей (1991 - 1997 рр.) та IV етап - мінімізація наслідків аварії на ЧАЕС (1997 - по теперішній час).

3. При проведенні експертизи здоров'я ліквідаторів, потерпілого дорослого населення і постраждалих дітей на сьогодні немає чіткої диференційної діагностики захворювань, викликаних шкідливими чинниками аварії на ЧАЕС й іншими факторами. Не існує конкретних характеристик впливу кожного шкідливого фактора аварії на ЧАЕС, у тому числі немає чітких визначень дозових навантажень. А у 70% ліквідаторів дозові навантаження не документовані. У тих же, де вони відновлені ретроспективно, немає гарантій повнооб'ємності. Крім того, сам Перелік захворювань має ряд недоліків, один із яких — положення про встановлення зв'язку з «чорнобильським чинником» при певному ступені тяжкості захворювання.

4. В інструкції із застосування Переліку є теж ряд невизначеностей, які дають можливість трактувати Наказ МОЗ України № 150 від 17.05.1997 р. по-різному (пункти 3.6; 3.8.1; 3.8.3), а наявність невідповідності у дитячому й дорослому Переліках спричиняє порушення основного принципу роботи Комісії - послідовності рішень.

5. Ймовірність віднесення хвороб до пов'язаних з аварією на ЧАЕС збільшується при зростанні дози іонізуючого опромінення, дози радіаційного забруднення території, часу та терміну участі в ліквідації наслідків аварії чи проживання на радіаційно забрудненій території, присутності в анамнезі таких чинників, як стрес, пиловий фактор, певні умови праці. Ця ймовірність зменшується при збільшенні віку постраждалого і присутності шкідливих чинників, які не мають відношення до аварії.

Література

1. Закон України „Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи // Відомості Верховної Ради УРСР від 16.04.1991. - 1991 р., № 16. - С. 198.

2. Закон України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, Док. 796-12 від 28.02.1991 // Відомості Верховної Ради УРСР від 16.04.1991. - 1991 р., № 16. - С. 200.

3. Наказ МОЗ України № 150 від 17.05.97 року «Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників, внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».

4. Наказ МОЗ України та МНС України від 30.05.97 № 166/129 "Про удосконалення системи експертизи по встановленню причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС".

5. Радиационное воздействие на организм – положительные эффекты // Под ред. Л.А.Булгаков и К.С. Калистратов.- М.: Информ – Атом, 2005. -246 с. (35,22)

6. Методичні засади розпізнавання патології, індукованої чинниками Чорнобильської катастрофи, для встановлення факту інвалідизації / Терещенко В.П., Дегтярьова Л.В., Серєда Т.П., Піщиков В.А та ін. / За ред. В.П. Терещенко. -К.: Медінформ, 2005. - 160 с. (2-3)

7. Яргин С.В. о преувеличении радиационных последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2007.-Т. 52. -№ 1. – С. 73 – 74. (34,33)

8. The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident / K. Loganovsky, J.M. Havenaar, N.L. Tintle et al. // Psychol. Med. – 2008. – □ 38. – P. 481–488.

9. Disrupted development of the dominant hemisphere following prenatal irradiation // K.N. Loganovsky, T.K. Loganovskaja, S.Yu. Nechayev et al. // The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. – 2008. – 20 (3). – P. 274–291.

АНАЛИЗ МЕТОДИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ И ПРАКТИКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ СО УСТАНОВЛЕНИЕМ ПРИЧИНОЙ СВЯЗИ БОЛЕЗНЕЙ С ВЛИЯНИЕМ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ДРУГИМИ ВРЕДНЫМИ ФАКТОРАМИ АВАРИИ НА ЧАЭС

Вороненко В.В., Скалецкий Ю.М., Торбин В.Ф.

Резюме. В статье проанализированы методические принципы и практика деятельности медико-социальных экспертных комиссий по установлению причинной связи заболеваний с влиянием ионизирующего излучения и других вредных факторов аварии на ЧАЭС. Установлено, что в нормативных документах, которые регламентируют деятельность экспертных комиссий, существует ряд недостатков: при проведении экспертизы здоровья ликвидаторов, пострадавших взрослого населения и детей на сегодня нет четкой дифференциальной диагностики заболеваний, вызванных вредными факторами аварии на ЧАЭС и другими факторами. Не существует конкретных характеристик влияния каждого вредного фактора аварии на ЧАЭС, в том числе нет четких определенных дозовых нагрузок. А в 70% ликвидаторов дозовые нагрузки не документированы. Кроме того, сам Перечень заболеваний и инструкция по применению Перечня имеет ряд неопределенностей. Ряд недостатков обнаружено и в работе экспертных комиссий.

Ключевые слова: авария на ЧАЭС, заболеваемость пострадавших, медико-социальная экспертиза, связь заболеваний с факторами Чернобыльской катастрофы.

ANALYSIS METHODOLOGICAL CONCEPTS AND PRACTICE OF MEDICAL-SOCIAL EXPERT COMMISSIONS TO INSTALL A CAUSAL LINK DISEASES WITH IONIZING RADIATION AND OTHER HARMFUL FACTORS CHERNOBYL ACCIDENT

V.Voronenko, Y.Skaletskyy M, V.Torbin

Summary. In the article methodical principles and practice of activity of expert commissions are analyses on establishing a causal connection of illnesses with influence of ionizing radiation and other harmful factors of failure on CHAES. It is set that in normative documents which regulate activity of expert commissions, there is a row of failings: during the leadthrough of examination of health of liquidators, grown man population and children which suffered as a result of failure on CHAES, for today there is not clear differential diagnostics of diseases, caused by the harmful factors of failure on CHAES and other factors. There are not concrete descriptions of influence of every harmful factor of failure on CHAES, including there are not clear determinations of the dose loadings. And in 70% liquidators the dose loadings are not documented. In addition, List of diseases and instruction on application of List has a row of failings. Errors found out and in-process expert commissions.

Keywords: failure on CHAES, medical and social examination, connection of diseases with the factors of the Chernobyl'skoy catastrophe.