

ворювань ШКТ у професіоналів представлена, головним чином, больовим, астеноневротичним, диспептичним синдромами.

Стан органів травлення при медобстеженні осіб, які працюють у сфері дії ІВ, досліджується звичайним способом. При цьому рекомендується звертати увагу на наявність супутніх несприятливих зовнішніх чинників: праця в нічну зміну, в польових умовах, відсутність гарячої їжі, неправильний режим харчування, а також наявність супутньої патології з боку різних органів і систем. При скаргах на диспептичні розлади чи болісність за ходом ШКТ призначаються спеціальні дослідження: ендоскопічні, рентгенологічні, лабораторні, сонографічні.

Для дослідження об'єктивного статусу використовують 4 основні методи: огляд, пальпацію, перкусію і аускультацию.

При огляді живота оцінюється його форма, симетричність, стан покриттів черевної стінки, визначається участь живота в акті дихання. Слід звертати увагу на наявність гриж, розвиток підшкірної венозної мережі, висипів, рубців, пігментації.

Пальпаторне дослідження починають з проведення поверхневої пальпації, за допомогою якої визначають тонус м'язів передньої черевної стінки, ступінь їх опору, виявляють болючі ділянки. При пальпації також слід визначити симптоми флюктуації та наявність болючості при натисканні на так звані «больові точки».

Після проведення поверхневої пальпації живота досліджують органи черевної порожнини, доступні глибокій пальпації, визначаючи їх положення, розміри, форму, консистенцію, стан поверхні, наявність болючості.

Послідовність пальпації органів черевної порожнини: товста кишка, шлунок, підшлункова залоза, печінка, жовчний міхур, селезінка.

Послідовність пальпації товстої кишки: сигмоподібна, сліпа, висхідна, низхідна, поперечно-ободова кишка. При пальпації товстої кишки визначають її діаметр, щільність, характер поверхні, рухливість, наявність перистальтики, бурчання і плескоту, болючість.

Для печінки і селезінки характерна певна рухливість в черевній порожнині при диханні. При пальпації печінки необхідно визначити ширину її краю, який виступає з-під реберної дуги, його форму, рівність контуру, консистенцію, наявність болючості. При значному збільшенні визначають характер поверхні.

Перкуторно визначають розміри печінки за Курловим: по правій серединно-ключичній лінії, передній серединній лінії і лівій реберній дузі. Методика пальпації селезінки в основному аналогічна методу дослідження печінки. Селезінку краще пальпувати в положенні хворого лежачи на правому боці (за Салі).

Перкуторний метод при дослідженні черевної порожнини використовується для визначення причини збільшення живота і виявлення ознак асцити. Над місцями скупчення вільної рідини в черевній порожнині при перкусії замість тимпанічного визначається тупий звук, при зміні положення тіла зона притоплення швидко змінюється. При наявності метеоризму над усіма відділами живота при перкусії визначають тимпанічний звук.

Аускультация живота виявляє звуки, які періодично виникають при перистальтиці кишечника у вигляді бурчання і периливання рідини. У випадку розвитку механічної непрохідності кишечника перистальтичні шуми вище місця звуження кишки стають більш частими і дзвінкими, а при парезі кишечника кишкові шуми повністю зникають.

Особливу увагу слід приділяти симптомом комплексам, що характерні для панкреатитів, гастроентеритів і колітів.

Усім обстеженим обов'язково проводять розгорнутий клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові.

При обстеженні також треба звернути увагу на те, що хворі можуть свідомо приховувати прояви захворювання для продовження своєї трудової діяльності. Вони заперечують скарги і тоді лікареві належить ще детальніше проводити об'єктивне дослідження для виявлення можливих ускладнень з боку суміжних органів і систем. Наприклад, субклінічний цукровий діабет при патології підшлункової залози, анемія при кровотечах з виразкових дефектів шлунка, або дванадцятипалої кишки, порушення харчування при ентероколітах і т. ін.

Чітке дотримання норм радіаційної безпеки на підприємствах, згідно з НРБУ-97 [3] та ОСПУ 2005 [4], практично виключає заподіяння шкоди здоров'ю працюючого і не викликає як детермінованих, так і стохастичних наслідків.

Утім, існують суперечливі думки щодо біологічного ефекту малих доз радіації. Інтенсивно ці питання стали розроблятися після катастрофи на ЧАЕС, коли низькоінтенсивному впливу ІВ було піддано велику частину населення.

Таким чином, покращення рівня диспансеризації осіб, які працюють у сфері дії ІВ, як попередніх так і періодичних медичних оглядів, сприятиме оптимальній оцінці відповідності стану здоров'я працівника, можливості виконання ним професійних обов'язків, своєчасному виявленню порушень стану здоров'я і виведення із зони дії іонізуючого випромінювання з проведенням лікувальних, реабілітаційних та профілактичних засобів. Однією зі стратегій профілактики патологій ШКТ у професіоналів є санітарно-просвітницька робота з додержанням принципів раціонального здорового харчування, розробка і впровадження радіозахисного харчування, виділення груп ризику, в тому числі із підозрою на професійні захворювання з визначенням оздоровчих заходів та їх чітким дотриманням, як того вимагає Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 246 від 21.05.2007 р. про «Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій».

## Література

1. Наказ МОЗ України від 21.05.2007 № 246 Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій.
2. Гайсенюк Л.О., Кулініч Г.В., Стадник Л.Л., Філіпова С.М., Радзішевська Є.Б. // УРЖ. – 2008. – Т. XVI, вип. 2. – С. 171–177.
3. Державні гігієнічні нормативи «Норми радіаційної безпеки України» (НРБУ-97).
4. Державні санітарні правила «Основні санітарні правила забезпечення радіаційної безпеки України» (ОСПУ-2005).

М.І. Пилипенко, Г.В. Кулініч,  
О.К. Кононенко

ДУ Інститут медичної радіології  
ім. С.П. Григор'єва НАМН України, Харків

## Стан роботи обласних диспансерних комісій з медогляду працюючих у сфері дії іонізуючого випромінювання

## The work of regional dispensary commissions for check-ups of those working with ionizing radiation

**Summary.** The authors present the analysis of the work of 13 regional dispensary commissions for medical check-ups of the personnel working with ionizing radiation (category A) during the recent 5 years. Organizational questions and problems requiring solution are featured.

**Key words:** category A workers, medical check-ups, ionizing radiation.

**Резюме.** В статье представлен анализ работы 13 областных диспансерных комиссий по проведению медицинских осмотров лиц, работающих в сфере действия ионизирующей радиации (работники категории А) за последние 5 лет. Освещены организационные вопросы и проблемы, требующие решения.

**Ключевые слова:** работники категории А, медицинские осмотры, ионизирующее излучение.

**Ключові слова:** працівники категорії А, медичні огляди, іонізуюче випромінювання.

Починаючи з 1957 року в ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» працює Центральна республіканська диспансерна комісія з медогляду осіб, професійно пов'язаних із джерелами іонізуючого випромінювання (ІВ). Комісії надано право встановлювати діагноз професійних захворювань, спричинених дією ІВ, перелік яких затверджено Наказом МОЗ України № 133 від 25.03.2003 р.

Одним із завдань зазначеної комісії є контроль обласних диспансерних комісій в Україні і надання їм консультативно-методичної допомоги.

Згідно із сумісним планом роботи Міністерства охорони здоров'я України і Національної академії медичних наук України щороку фахівці Центральної республіканської диспансерної комісії обов'язково відвідують 3 області і знайомляться з діяльністю диспансерних комісій безпосередньо на місцях.

З огляду на те, що відбулися певні зміни в обласних диспансерних комісіях після затвердження Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 246 від 21.05.2007 р. «Про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій», було організовано їх перевірку. Представлено аналіз роботи 13 диспансерних комісій Дніпропетровської, Черкаської, Сумської, Кіровоградської, Івано-Франківської, Закарпатської, Волинської, Чернівецької, Миколаївської, Луганської, Чернігівської, Полтавської, Харківської областей.

Згідно з наказом диспансерні комісії з медобстеження осіб, що працюють у сфері дії іонізуючої радіації (ІР) функціонують за наказами Управління охорони здоров'я відповідних облдержадміністрацій. Накази про склад диспансерних комісій кожного року оновлюються.

Але якщо до 2007 року ці комісії були централізованими — єдиними на всю область і працювали на базах обласних клінічних лікарень, то з 2008 року з введенням у дію нового наказу в ряді областей проведення медобстежень дозволено іншим лікувально-профілактичним закладам (ЛПЗ). Іноді працівники категорії А проходять медобстеження за місцем роботи або проживання, де лікарі, залучені до оглядів, не мають певного досвіду і не завжди можуть вчасно виявити або оцінити підозру на наявність професійного захворювання у працівників, які підпадають під дію малих доз ІВ, що погіршує якість медичного обстеження і надання допомоги такій категорії осіб.

Так, наприклад, у Миколаївській області, диспансеризація осіб, що працюють у сфері дії ІВ з січня 2009 року, децентралізована і, згідно з наказом управління охорони здоров'я, проводиться у двадцяти восьми ЛПЗ, тоді як, відповідно до списку обласного профпатолога, на обліку налічується 3065 осіб категорії А. В Кіровоградській області співробітники КЗ «КООД», які працюють у сфері дії ІВ, проходять обстеження за місцем роботи. Таке ж становище і в Луганській області. Привертає увагу, що в багатьох областях ні голови, ні члени диспансерних комісій, ні лікарі-

профпатологи не підвищували свою кваліфікацію на навчальних курсах з питань радіаційної медицини, радіаційної безпеки та променевої патології.

Стосовно складу комісії — в цілому вони відповідають вимогам наказу, але в деяких областях, у зв'язку з відсутністю потрібного спеціаліста в тому чи іншому ЛПЗ в комісіях відсутні певні фахівці. Так, у Сумській області відсутні лікар-хірург та лікар-дерматолог, але замість цього є лікар функціональної діагностики, лікар УЗД, лікар-рентгенолог, лікар-лаборант, що викликає сумнів у правильності роботи цієї комісії. В Кіровоградській області до складу комісії не введено гематолога, в Івано-Франківській і Чернівецькій — хірурга, в Закарпатській і Волинській — дерматолога, в Чернігівській — офтальмолога, дерматолога і невропатолога.

Як позитивне треба відзначити, що відповідно до наказу, п. 2.8, коли комісія має право доповнювати види та обсяги необхідних обстежень і досліджень з урахуванням специфіки дії виробничих факторів і медичних протипоказань — у Черкаській, Сумській і Харківській областях до складу комісій входять лікар-ендокринолог, в Полтавській — лікар-кардіолог.

Слід зазначити, що в диспансерних комісіях виникає багато спірних питань стосовно медичних протипоказань (на додаток до загальних) для роботи у сфері дії ІВ при періодичних медичних оглядах і особливо при патології щитоподібної залози. В наказі не роз'яснено, що розуміти під назвою «захворювання щитоподібної залози». Виявляється, що при обов'язковому УЗД щитоподібної залози у багатьох досліджуваних відзначають різні порушення структури цього органа, наприклад, наявність гіпоехогенних або гіперехогенних зон, гіперплазія, невеликі осередки без капсули, зміни ехогенності тощо. І коли в деяких областях до складу комісій залучають лікаря-ендокринолога, це є реальною необхідністю, внаслідок поширеності вказаної патології.

До існуючих недоліків диспансеризації слід віднести те, що у багатьох регіонах при проведенні медичного огляду жінок виконують тільки цитологічне дослідження (на атипів клітини) і не вдаються до бактеріологічного (на флору).

З нашого погляду, недоліком також є і те, що згідно з новим наказом, медична картка працівника не містить професійної характеристики, не зазначено сумарне дозове навантаження, характер виконуваних робіт, вид випромінювання, потужність дози та інше, тобто радіаційно-гігієнічні дані. Це, безперечно, може погіршувати якість диспансеризації, ускладнювати оцінку стану здоров'я та науково-практичне опрацювання отриманих даних. Матеріальна база диспансерних комісій майже всюди залишає сподіватися на краще. Комісії не забезпечені персональними комп'ютерами для збору та зберігання інформації. Внаслідок цього жодна область не має медико-дозиметричного реєстру або бази даних, яка б містила інформацію, що характеризує динаміку стану здоров'я професіоналів і дози променевого навантаження. В областях з децентралізованою диспансеризацією осіб категорії А оцінити роботу диспансерних комісій, показники захворюваності, моніторингу стану здоров'я, проведення оздоровчих заходів не уявляється можливим.

Як позитивний приклад створення реєстрів можна навести Харків, де починаючи з 2006 року впроваджено означений медико-дозиметричний реєстр не тільки для працюючих у сфері дії ІР, а й для працівників зі встановленим діагнозом професійного захворювання.

З 2008 по 2012 рік до Центральної диспансерної комісії (м. Харків) надійшло 9 справ щодо встановлення діагнозу професійного захворювання з контингенту медичного

персоналу, який працює у сфері дії ІВ, з Рівненської, Хмельницької, Дніпропетровської, Житомирської областей. Серед них — 6 на рентгенолаборантів, 1 — на лікаря-рентгенолога, 1 — лікаря-кардіохірурга і на 1 медичну сестру з такими захворюваннями: рак кореня язика, рак передміхурової залози, рак щитоподібної залози, негоджкінська В-великоклітинна лімфома, ангіоміоліпома з малігнізацією, багатовузловий зоб після хірургічного лікування, ускладнена задньокапсулярна катаракта правого ока, еретрима. Визнані професійними захворюваннями три випадки, а саме: ускладнена задньокапсулярна катаракта правого ока, негоджкінська В-великоклітинна лімфома, еретрима ІІ Б ст. у рентгенолаборантів Хмельницької і Житомирської областей.

Вся необхідна документація в диспансерних комісіях оформлюється, але в ряді областей відсутні протоколи засідань диспансерних комісій, в медичних картах — висновки про можливість допуску за станом здоров'я до роботи в сфері дії радіації, неповні дані у списках працівників тощо. Проте, слід відзначити, що аварійних ситуацій і фактів перепромінення за даний період не спостерігалось.

Серед уперше виявлених загальних захворювань переважають хвороби ШЗ (змщений або дифузний зоб), гінекологічна патологія у жінок, вегетосудинні розлади, порушення зору, патології серцево-судинної системи), що збігається з даними дослідної роботи, проведеної в ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» про особливості динаміки стану здоров'я медичного персоналу Харкова та Харківської області, які були професійно пов'язані з дією ІВ упродовж 20-річного спостереження. В останні роки обласними комісіями виявлено окремі випадки онкологічних захворювань, у зв'язку з чим хворі були відсторонені від роботи у сфері дії ІВ.

Незадовільно проводиться реабілітація та оздоровлення цієї категорії працівників, зокрема, в ряді областей їх взагалі не оздоровлюють. Відсутній взаємозв'язок між диспансерними комісіями і поліклініками за місцем проживання, де зазначених осіб мусять наглядати та лікувати. Якщо в певного працівника виявлена загальна соматоневрологічна патологія, а в картках відсутні дані про медикаментозне лікування (наприклад, при гіпертонічній хворобі антигіпертензивний засіб для довготривалого застосування), то це унеможливило оцінку якості лікування даного контингенту.

Таким чином, можна зробити висновок, що грубих порушень в роботі обласних комісій з медобстеження працюючих у сфері дії ІВ немає. Однак існує чимало можливостей для поліпшення здоров'я робітників зазначеної категорії, тим більше, що майже 70% з них — медичні працівники.

Удосконалення діяльності комісій, уточнення положень стосовно протипоказань до роботи, належне ведення медичної документації, впровадження в практику медико-дозиметричних реєстрів і аналітичних баз даних неодмінно сприятиме подальшому покращенню якості диспансеризації працівників, вивченню віддалених наслідків дії на організм шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища — іонізуючої радіації. Це дозволить розробити стандарти профілактики і ранньої діагностики професійних захворювань, проведення їх експертизи.

Чимало резервів для поліпшення роботи комісій можуть використовувати і контролюючі заклади державної санітарно-епідеміологічної служби, наукові установи, кафедри та курси професійних захворювань вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти, спеціалізовані ЛПЗ, які мають право встановлювати діагноз професійного захворювання.

М.І. Пилипенко, Г.В. Кулініч, Л.Л. Стадник  
ДУ Інститут медичної радіології  
ім. С.П. Григор'єва НАМН України, Харків

## Радіаційна безпека персоналу. Випадок променевого ураження кисті у лікаря-рентгенолога

### Personnel radiation safety. A case of hand lesion in a radiologist

**Summary.** The work featured the questions of norms and rules of radiation safety at work with ionizing radiation. The history of the question about the permissible doses is described. The changes in the skin when exceeding the tolerant dose are described. A case of severe local lesions of the hand caused by chronic occupational overirradiation, when the safety rules were neglected, is described.

**Key words:** radiation safety, work with ionizing radiation, local radiation lesions.

**Резюме.** В работе освещены вопросы, касающиеся норм и правил радиационной безопасности при работе в сфере действия ионизирующей радиации. Приведен исторический экскурс по вопросу предельно допустимой дозы профессионального облучения, единиц ее измерения. Описаны изменения со стороны кожных покровов при превышении толерантной дозы облучения. Представлен случай из практики тяжелых локальных повреждений кисти в результате хронического переоблучения в профессиональных условиях при несоблюдении правил радиационной безопасности.

**Ключевые слова:** радиационная безопасность, работа в сфере действия ионизирующего излучения, местные лучевые поражения.

**Ключові слова:** радіаційна безпека, робота у сфері дії іонізуючого випромінювання, місцеві променеві ураження.

Хворого З., 56 років, госпіталізували до відділення променевої патології Інституту медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН України 14.07.2008 р. зі скаргами на виразку долонної поверхні нігтьової фаланги ІІ пальця правої кисті.

За професією — рентгенолог зі стажем роботи за фахом 29 років. При флюороскопічних дослідженнях шлунково-кишкового тракту та проведенні іригоскопії регулярно нехтував правилом надягати захисну рукавичку на руку при пальпації живота пацієнта за екраном під струменем ікс-проміння.

Протягом 5 останніх років відмічав зростання гіперкератозу поверхонь ІІ, ІІІ і ІV пальців правої, заміщення і болісність шкіри на них. Приблизно 8 місяців тому у стовщеному епітелії ІІ пальця з'явилися тріщини, які поступово збільшувалися і перетворилися на виразку.

Locus morbi: на долонній поверхні нігтьової фаланги ІІ пальця правої кисті неправильної форми виразка площею приблизно 2 см<sup>2</sup>. На пучках ІІ і ІV пальців тієї ж кисті шкіра закруглена, вкрита шаром кератозно зміненого епідермісу (рисунок 1, А–В).

На рентгенограмі кистей обох рук (рисунок 2 А) і збільшеній рентгенограмі правої кисті (рисунок 2 Б) виявляється тяжкий плямистий остеопороз усіх фаланг ІІ, ІІІ і ІV пальців, найбільш виражений в середній і особливо нігтьовій, що вказує на порушення трофіки кісток з руйнацією їх структури.

Загальний стан хворого задовільний, лабораторні тести крові в межах норми.

Діагноз: хронічна променева виразка долонної поверхні шкіри нігтьової фаланги ІІ пальця правої кисті. Гіпертрофічний променевий дерматит ІІ і ІV пальців тієї ж кисті.