

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

ДУ «Інститут медичної радіології і
м. 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 статті представлено аналіз роботи 13 обласних диспансерних комісій по проведенню медичних оглядів осіб, працюючих в сфері діяльності іонізуючої радіації (категорія А) за останні 5 років. Освітлено організаційні питання та проблеми, що потребують рішення.

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

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 облас-

них клінічних лікарень, то з 2008 року з уведенням 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 облік 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 атипові 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-прак-

тичне 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 здецентралізованою 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, еретримія. Визнані професійними захворюваннями три випадки, а саме: ускладнена задньокапсулярна катаракта правого ока, негоджкінська В-великоклітинна лімфома, еретримія 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 ЩЗ (зміщений 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 узагалі 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 унеможлиблює оцінку якості лікування даного контингенту.

Таким чином, можна зробити висновок, що грубих порушень в роботі обласних комісій з медобстеження працюючих у сфері дії ІР немає. Однак існує чимало можливостей для поліпшення здоров'я робітників зазначеної ка-

тегорії, 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-деміологічної служби, наукові установи, кафедри та курси професійних захворювань вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти, спеціалізовані ЛПЗ, які мають право встановлювати діагноз професійного захворювання.