

<sup>1</sup>М.А. Власенко, <sup>1</sup>В.С. Кулініч,

<sup>2</sup>Л.В. Рогачевська

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти,

<sup>2</sup> ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України, Харків

## Аналіз захворюваності та якості лікування серцево-судинної та тиреоїдної патології у професіоналів, які працюють у сфері дії іонізуючого випромінювання (за даними диспансерного обстеження)

### Analysis of morbidity and treatment quality of cardiovascular and thyroid diseases in the professionals working with ionizing radiation (follow-up data)

**Summary.** Cardiovascular (CV) and thyroid (T) morbidity as well as their combinations were analyzed in the group of patients working with ionizing radiation (IR) using the data of Central Dispensary Commission at S.P. Grigoriev Institute for Medical Radiology (National Academy of Medical Sciences of Ukraine). It was revealed that the frequency of CV diseases in this group did not differ from that in the general population, in contrast to T diseases, the level of which 1.5 times exceeded the indices in the general population. The analysis of administered treatment suggested that it corresponded to the national standards but it is necessary to strengthen control of the follow-up of the professionals at outpatient stage. Further investigation of the state of health of the persons professionally associated with IR exposure is necessary for understanding the problem of the effect of low-dose radiation on the human organism, optimization of dose load on the workers, which could promote improvement of the prognosis of health in this category of patients.

**Key words:** cardiovascular diseases, thyroid diseases, cardioid thyroid pathology, working with ionizing radiation, treatment quality.

**Резюме.** В групі осіб, що працюють у сфері діяльності іонізуючого випромінювання (ІВ) проведена оцінка захворюваності з боку серцево-судинної системи (ССС), щитовидної залози (ЩЗ) та їх поєднаності за даними Центральної диспансерної комісії при ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». Виявлено, що поширеність основних захворювань ССС вказаної групі суттєво не відрізняється від такої в загальній популяції, в той час як захворюваність ЩЗ, рівень якої в 1,5 рази перевищує показники в загальній популяції. Аналіз медичних записів свідчить про відповідність лікування національним стандартам, однак необхідно посилити контроль за диспансерним наглядом професіоналів на етапі амбулаторно-поліклінічної допомоги. Необхідно подальше вивчення стану здоров'я осіб, професійно пов'язаних з впливом ІВ, для розуміння проблеми впливу радіації в малих дозах на організм людини, оптимізації дозових навантажень на працівників, що буде сприяти покращенню прогнозованого здоров'я цієї категорії осіб.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, захворювання щитовидної залози, кардіотиреоїдна патологія, працівники в сфері діяльності іонізуючої радіації, якість лікування.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, захворювання щитоподібної залози, кардіотиреоїдна патологія, працівники у сфері дії іонізуючої радіації, якість лікування.

Захворювання серцево-судинної системи (ССС) залишаються основною причиною смерті населення більшості розвинених країн Європи, складаючи до 40% усіх випадків смерті в цьому регіоні. Україна належить до ряду країн, де від захворювань ССС помирають понад 50% чоловіків і жінок. Втім, останні два десятиріччя в більшості економічно розвинених країн спостерігається скорочення смертності від основних захворювань ССС. Такі результати пов'язують з розробкою та ефективним впровадженням науково-обґрунтованих, з погляду доказової медицини, профілактичних програм, спрямованих на виявлення та зниження інтенсивності впливу основних «коронарних» чинників ризику [1].

Однак у країнах Східної Європи, навпаки, ситуація погіршується — поширюється смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС), до того ж загрозливими темпами. В Україні рівень цього показника з 1994 р. підвищився на 19% у віковій групі молодше 65 років [2].

Отже дослідження, спрямовані на вивчення чинників, які впливають на захворюваність, інвалідність і смертність від цієї групи хвороб, залишаються вельми актуальними. Найбільш поширені і значущі хвороби ССС — ІХС та гіпертонічна хвороба (ГХ), — полігенно зумовлені багатфакторні захворювання. Крім широко відомих факторів ризику (гіперліпідемія, паління, малорухомий спосіб життя, стрес, ожиріння, цукровий діабет), які є всіма визнаними і доведеними, увагу все більшої кількості дослідників привертає визначення внеску захворювань щитоподібної залози (ЩЗ), особливо гіпотиреозу, в розвиток ІХС і формування серцевої недостатності, а також техногенних факторів і професійно шкідливих чинників. Це пов'язано як із великим розповсюдженням і збільшенням рівня захворювань ЩЗ за останні десятиріччя загалом в Україні, так і поширенням професійної захворюваності. Одним зі шкідливих і небезпечних професійних чинників фізичного походження вважається іонізуюче випромінювання (ІВ). Широке використання його джерел та радіоактивних речовин у різних сферах життя призвело до значного збільшення кількості осіб, що працюють у сфері дії іонізуючої радіації. Оскільки це досить велика група працівників економічно активного віку, збереження їх здоров'я визнана проблемою, яка вимагає комплексного підходу [3, 4].

Метою роботи став аналіз захворюваності на патологію ССС, а саме ІХС, ГХ, наявність хронічної серцевої недостатності (ХСН); патологію ЩЗ, гіпотиреоз та їх поєднання в осіб, професійно пов'язаних із роботою у сфері дії ІВ, та оцінка якості їх лікування на основі ретроспективної оцінки відповідності призначення медикаментозних засобів державним стандартам.

Було проведено аналіз 756 диспансерних карт осіб, які працюють у сфері дії ІВ, що пройшли медичне обстеження на базі Центральної диспансерної комісії при ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», починаючи від січня і включно по грудень 2011 року, та обстежено 20 осіб зазначеного контингенту з кардіотиреоїдною патологією за I квартал 2012 року.

Діагноз ІХС, ГХ, ХСН, захворювання ЩЗ (вузловий, дифузний, змішаний зоб, аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз) встановлювали згідно з критеріями стандартів надання медичної допомоги відповідних локалізацій, затверджених Наказом МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. [5]. Відповідно до цього Наказу проводилася й оцінка якості лікування хворих.

Програма обстеження включала обов'язковий набір досліджень при медичних оглядах працівників зі шкідливими й небезпечними умовами праці, а саме ІВ, затверджених Наказом МОЗ України № 246 від 21.05.2007 р. [6]. До цього

Таблиця 1

Клінічна характеристика осіб, що працюють у сфері дії іонізуючого випромінювання, за даними диспансерного спостереження

Показник	Кількість обстежених
Чоловіки	312
Жінки	444
Середній вік, р.	44,9 ± 13,6
Серцево-судинна патологія	365
Чоловіки	147
Жінки	218
Середній вік, р.	60,6 ± 9,1
ГХ	157
ІХС	166
ГХ+ІХС	106
Малі аномалії розвитку ССС	40
Тетрада Фалло	1
Синдром WPW	1
ХСН	203
Тиреоїдна патологія	115
Чоловіки	49
Жінки	66
Середній вік, р.	46,4 ± 9,7
Кардіотиреоїдна поєднана патологія	70
Чоловіки	34
Жінки	36
Середній вік, р.	59,1 ± 6,7

переліку входять: консультації терапевта, ендокринолога, офтальмолога, гематолога, невропатолога, отоларинголога, дерматолога, хірурга, гінеколога з аналізом скарг, об'єктивних даних, даних анамнезу, вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, проведення клінічного аналізу крові, сечі, визначення основних біохімічних показників крові, електрокардіографії (ЕКГ), функції зовнішнього дихання (ФЗД), рентгенографії органів грудної клітки, ультразвукове дослідження (УЗД) щитоподібної залози (ЩЗ). При підозрі на певні захворювання або їх наявність в анамнезі проводилися додаткові методи дослідження, передбачені Наказом із консультацією відповідних фахівців.

Двадцять особам із кардіальною та тиреоїдною патологією, обстеженим у 2012 році, проводили розширене ультразвукове обстеження серця з обов'язковим визначенням величин морфометричних показників, показників кінетики та гемодинаміки, діастолічної функції, специфічних маркерів дисинхронії (ДС), визначали рівень тиреотропного гормону та антитіл до тиреоїдної пероксидази, рівень загального холестерину та його фракцій, D-димеру, фібриногену, протромбінового часу, вміст дієнових кон'югатів, концентрацію малонового діальдегіду, активність каталази в еритроцитах. Після ретельного обстеження хворим за показаннями проведена корекція лікування. Ця група була включена в дослідження з метою об'єктивізації оцінки якості лікування поряд з ретроспективним аналізом медичної документації.

Статистичне опрацювання отриманих даних проводили з використанням непараметричних методів статистики за допомогою пакета програм BIOSTATISTICS v.4.03 для Windows [7].

Розповсюдженість кардіальної, тиреоїдної патології та їх поєднання, за даними ретроспективного аналізу, в осіб диспансерної групи залежно від статі та віку представлені в таблиці 1.

Вік осіб у групі аналізу коливався від 19 до 83 р. і склав у середньому  $44,9 \pm 13,6$  р. Максимальна кількість — 359 осіб (47,5%) становила групу віком до 44 років. За результатами диспансерного медобстеження здоровими визнані 239 (31,6%). Патологія серцево-судинної системи виявлена в  $48,3 \pm 1,82\%$  випадків. Найчастіше траплялися ГХ —  $20,8 \pm 1,48\%$  випадків та ІХС —  $22,0 \pm 1,51\%$ , з їх поєднанням. Мали місце малі аномалії розвитку серцево-судинної системи у вигляді наявності додаткових хорд лівого шлуночка та пролапсу мітрального клапана ( $5,3 \pm 0,81\%$  випадків). Виявлено один випадок вад серця — тетрада Фалло та один випадок синдрому Вольфа–Паркінсона–Уайта (синдром WPW) при попередньому медичному огляді. Ці особи не були допущені до роботи у сфері дії іонізуючої радіації.

У підгрупі з ІХС налічувалося  $61,4 \pm 3,8\%$  жінок та  $38,6 \pm 3,8\%$  чоловіків. Захворювання, головним чином, представлене стабільною стенокардією напруги 1-го та 2-го функціональних класів (ФК), атеросклерозом аорти, коронарних артерій, дифузним кардіосклерозом. Порушення ритму та провідності зустрічалися в  $8,7 \pm 1,0\%$  випадків. Поєднання ІХС із ГХ виявлено в  $14,0 \pm 1,3\%$  випадків, ізольовано ІХС — в  $5,3 \pm 0,8\%$  випадків.

Діагностовано ГХ II ст. у  $11,9 \pm 1,1\%$ , ГХ I ст. — у  $7,0 \pm 0,9\%$ . Такий розподіл може бути пов'язаний з обов'язковою диспансеризацією та раннім виявленням підвищеного артеріального тиску. Втім, може мати місце факт приховування скарг та підвищеного артеріального тиску у зв'язку з мотиваційними причинами, оскільки ГХ II ст. кризового перебігу є протипоказанням для роботи у сфері дії радіації. З гіпертонічною хворобою III ст. спостерігалось  $1,9 \pm 0,5\%$ ; на фоні гострого порушення мозкового кровообігу —

$0,4 \pm 0,2\%$ , інфарктів міокарда —  $1,5 \pm 0,4\%$ . У цій підгрупі рішення щодо можливості продовження роботи приймалися особисто для кожного, хворим було надано допуск у зв'язку з відсутністю тяжких наслідків судинних ускладнень.

Хронічна серцева недостатність I та II стадії спостерігалась в  $26,9 \pm 1,6\%$ , з них асоційована з ГХ —  $10,5 \pm 1,1\%$ , ІХС —  $37,3 \pm 1,8\%$ , ГХ+ІХС —  $52,2 \pm 1,8\%$ .

Хворі зі стенокардією понад 2-го ФК, та ХСН ІБ–III ст. в досліджувану групу не ввійшли через те, що ці стани протипоказані для роботи у сфері дії ІВ, і такі хворі надалі спостерігаються за місцем проживання. На жаль, інформації про таких пацієнтів диспансерна комісія не має.

Тиреоїдна патологія склала  $15,2 \pm 1,3\%$ , з них  $8,7 \pm 1,0\%$  жінок та  $6,5 \pm 0,9\%$  чоловіків. Вік хворих становив 25–73 р., і склав у середньому  $46,4 \pm 9,7$  р. Відзначено підвищення захворюваності на тиреоїдну патологію в осіб даного контингенту у зіставленні з даними офіційної статистики щодо загальної популяції — 15,2 проти 10% відповідно [8]. Такий розподіл можна пояснити обов'язковим УЗД ЩЗ у даного контингенту і частим діагностуванням певних структурних змін у ній без наявності функціональних. Поєднана кардіотиреоїдна патологія спостерігалась у  $9,3 \pm 1,9\%$  осіб від 43 до 73 р., середній вік —  $59,1 \pm 6,7$  р. У  $82,9 \pm 2,1\%$  випадків вона спостерігалась на фоні ХСН. У цій підгрупі чоловіків та жінок було майже однаково —  $4,5 \pm 0,8\%$  та  $4,6 \pm 0,8\%$  відповідно.

З хворих диспансерної групи проліковано стаціонарно 8 осіб з ГХ II ст., 14 осіб з поєднанням ГХ, ІХС та ХСН, 7 — з поєднанням ІХС, патології ЩЗ та гіпотиреозу. Амбулатор-

Частота застосування основних груп препаратів для лікування хворих на серцево-судинну патологію за даними диспансерного спостереження, %

Група препаратів	Група спостереження		
	I — обстежені хворі, n = 20	II — амбулаторно та стаціонарно проліковані, n = 97	III — за даними диспансерних карток, n = 103
Антитромбоцитарні препарати	100± 0	82,50± 3,86	52,40± 4,92
β-блокатори	70,00± 10,25	66,00± 4,81	58,30± 4,86
Інгібітори АПФ	90,00± 6,71	80,40± 4,03	68,90± 4,56
Антагоністи рецепторів ангіотензину II	15,00± 7,98	6,20± 2,45	1,90± 1,35
Блокатори кальцієвих каналів	25,00± 9,68	16,50± 3,77	14,60± 3,48
Діуретики	60,00± 10,95	43,30± 5,03	45,60± 4,91
Антагоністи альдостерону	5,00± 4,87	5,20± 2,25	1,90± 1,35
Гіполіпідемічні препарати	80,00± 8,94	47,40± 5,07	4,90± 2,13
Нітрати пролонгованої дії	5,00± 4,87	17,50± 3,86	15,50± 3,57
Серцеві глікозиди	—	7,20± 2,62	4,90± 2,13
Метаболічні засоби	50,00± 11,18	70,10± 4,65	32,00± 4,596
Інші групи препаратів	10,00± 6,71	50,50± 5,08	69,90± 4,52

но спостерігались 68 осіб із серцево-судинною та поєднаною кардіотиреоїдною патологією.

Аналіз медикаментозного лікування було проведено у 20 хворих, які пройшли розширене медобстеження у 2012 році (I група); у 97 хворих, які лікувались амбулаторно або стаціонарно заданими витягів з лікувально-профілактичних закладів (II група) та заданими анамнезу зі 103 диспансерних карт (III група). До вибірки не ввійшли пацієнти, в картках яких не було зазначено характер лікування. Загалом перелік препаратів для лікування серцево-судинної патології відповідав сучасним стандартам. Тиреоїдну патологію, зокрема гіпотиреоз лікували призначенням препаратів натрію левотироксину. Частоту застосування основних препаратів для лікування ІХС, ГХ та ХСН представлено в таблиці 2.

Як бачимо з таблиці 2, найчастіше в усіх групах спостереження призначали антитромбоцитарні препарати, β-блокатори (ББ) та інгібітори АПФ.

Антитромбоцитарну терапію традиційно проводили ацетилсаліциловою кислотою (АСК) (аспекард). У I групі препарат призначали в дозі не менш ніж 100 мг/доб. При поєднанні ІХС, ГХ та ХСН призначали також комбінацію препаратів АСК + клопидогрель. У II групі також переважало призначення АСК, але дози не завжди були адекватними. У групі III досить часто застосовували інші препарати, які поліпшують реологічні властивості крові — дипіридадол, курантил.

При аналізі призначення інгібіторів АПФ виявилось, що найчастіше в I групі призначали лізиноприл, як окремо, так і в складі комбінованих препаратів (диротон, екватор), у II групі — периндоприл (престаріум), у III — еналаприл (енап, берліприл). Слід зазначити, що ці препарати часто призначали не в рекомендованій, а в значно меншій дозі.

Серед β-блокаторів у I групі застосовували небіволл та бісопролол, у II групі — бісопролол і метопролол, в III — метопролол та атенолол. Слід зазначити, що в III і III групі хворим з поєднаною кардіотиреоїдною патологією та супутнім гіпотиреозом ББ призначали з такою ж частотою, як і без гіпотиреозу, хоча відомо, що ББ пригнічують дію гормонів ЩЗ в органах і можуть обтяжувати гіпотиреоз.

Діуретики однаково часто призначали у всіх групах: в I — вони входили до складу комбінованих препаратів, в II та III групах перевагу віддавали фуросеміду.

Антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА II) в I групі призначали в 15% випадків, головним чином, кандесартан і лосартан (кандесар, лозап), в II та III групах ці препарати застосовували зрідка, хоча відомо, що ця група препаратів має доведену ефективність. Можливо, це пов'язано з високою вартістю даної групи препаратів.

Іноді необгрунтовано призначалися при лікуванні хворих на ХСН блокатори кальцієвих каналів. Антагоністами альдостерону користувалися рідко. Нітрати пролонгованої дії в II та III групах призначали майже кожному 6-му хворому. Адекватність призначення даної групи препаратів важко оцінити через недостатність даних щодо частоти ангінозних скарг.

Гіполіпідемічні препарати були представлені статинами в I групі, їх призначали майже всім хворим, до того ж додавали дієтичні рекомендації. В II групі терапію отримував кожен другий пацієнт, алена статини припадало до 30%. Зокрема, вони приймали омега-3-ПНЖК, препарати нікотинової кислоти. В III групі статини застосовували дуже рідко.

Серцеві глікозиди в I групі не призначали, в II і III групах застосовували в окремих випадках. Це може бути пов'язано з тим, що для цієї групи препаратів показання дуже обмежені.

Група препаратів з метаболічною дією (панангін, мідронат, тіотриазолін, вітаміни та ін.) виявилася найбільш використовуваною для багатьох хворих. Їх досить часто застосовували в усіх трьох групах. У групі, яка проаналізована тільки за даними анамнезу з диспансерних карток найчастіше (69,9 ± 4,52%) використовували препарати, які не входять до затверджених стандартів лікування, а саме: корвалол, валокордин, валідол, заспокійливі настоянки, спазмолітики, периферичні вазодилататори, препарати з групи харчових добавок — БАДи. Привертає увагу, що у більшості хворих не вдалося досягнути модифікації способу життя (відмова від паління, вживання алкоголю, профілактика гіподинамії).

Таким чином, в результаті аналізу захворюваності та якості лікування серцево-судинної, тиреоїдної та поєднаної патології у професіоналів, що контактують з ІВ, можна зробити висновки: зустрічальність основних серцево-судинних захворювань у групі осіб, які працюють із джерела-

ми ІВ, суттєво не відрізняється від такої в загальній популяції. Вдосліджуваній групі на ІХС страждали 22,0% хворих, що відповідає даним офіційної статистики в нашій країні — 22,3% дорослого населення [9]. Гіпертонічна хвороба зафіксована в 20,9% випадків, що навіть менше, ніж у загальній популяції. На 2009 рік, за даними МОЗ України, було зареєстровано 12 млн хворих на гіпертонію, що становить 1/3 дорослого населення [10]. За даними офіційної статистики, розповсюдженість захворювань ЩЗ серед населення не перевищує 10%, що майже на 1/3 менше, ніж серед осіб, що працюють в сфері дії ІВ [8].

Аналіз лікарських призначень свідчить про те, що вибір основних груп медикаментозних засобів у хворих, що були на стаціонарному та амбулаторному лікуванні, відповідає національним стандартам. У групі хворих, які активно не спостерігалися ні диспансерною комісією, ні лікарями за місцем проживання, лікування не відповідало сучасним рекомендаціям. Розширене клініко-інструментальне та лабораторне обстеження пацієнтів І групи дозволило призначити їм індивідуально підібране, патогенетично обґрунтоване лікування. Отже, здоров'я осіб контингенту, професійно пов'язаного з дією ІВ, може бути поліпшено за рахунок більш ретельного обстеження, взаємодії між диспансерними комісіями з медобстеження, до функцій яких не входить лікування хворих, та лікувально-профілактичними закладами за місцем проживання, де повинні спостерігати цих пацієнтів упродовж року, а також завдяки підвищенню рівня санітарно-просвітницької роботи та позитивного ставлення до лікування.

Ретельне медико-дозиметричне спостереження за контингентом, який професійно пов'язаний з дією ІВ допоможе краще вивчити вплив радіації в малих дозах на організм людини. Це дозволить оптимізувати дозові навантаження на професіоналів. Максимальне зменшення негативного впливу ІВ на здоров'я осіб, які працюють у сфері дії ІВ запобігатиме розвитку віддалених ефектів опромінення.

## Література

1. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M. *British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008.* — <http://www.heartstats.org>
2. Ратманова А.Б. *Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность — статистика по европейским странам (2008)* // *Medicine Review.* — 2009. — №1 (06). — С. 6–12.
3. Кундиев Ю.И., Назорная А.М. *Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ.* — К.: Авиценна, 2007. — 396 с.
4. Гайсенюк Л.О., Кулініч Г.В., Стадник Л.Л. та ін. // *УРЖ.* — 2008. — Т. XVI, вип. 2. — С. 171–177.
5. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002. *Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги.*
7. Наказ МОЗ України № 246 від 21.05.2007. *Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій.*
8. Гланц С. *Медико-биологическая статистика* / Пер. с англ. д-ра физ.-мат. наук Ю.А. Данилова; под ред. Н.Е. Бузишвили, Д.В. Самойлова. — М.: Практика, 1999. — 460 с.
9. Паньків В.И., Каминская А.В. *Чернобыль, йодный дефицит и здоровье нации* // *Здоров'я України.* — 2011. — № 8 (261).
10. *Руководство по кардиологии* / Под. ред. В.Н. Коваленко. — К.: МОРИОН, 2008. — 1424 с.
11. *Справочник по кардиологии* / Под ред. В.И. Целуйко — К.: ООО «Доктор-Медиа», 2012. — 520 с.

Л.О. Гайсенюк, Г.В. Кулініч

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

## Роль і функції Центральної диспансерної комісії в організації і проведенні медобстеження працюючих із джерелами іонізуючого випромінювання в Україні

### The role and function of Central Dispensary Commission in organization of medical check-ups of the patients working with sources of ionizing radiation in Ukraine

**Summary.** The facts from the history of development of scientific assessment of occupational pathology in patients working with the sources of ionizing radiation in Ukraine, in particular creation of dispensarization commissions, solving the questions of labor expertise, cases of professional ability loss as well as check-ups of the workers, are featured.

The role of Central Dispensary Commission in organization of the control of the state of health of these persons was determined.

**Key words:** ionizing radiation, professional ability, medical check-ups.

**Резюме.** Освітлено факти з історії організації і становлення системи диспансеризації осіб, робота яких пов'язана з іонізуючим випромінюванням в Україні. Представлено дані про створення Центральної та регіональних диспансерних комісій, дослідженнях радіаційних аварій, проведенні професійної експертизи захворювань.

Визначено роль Центральної диспансерної комісії в організації системи диспансеризації професіоналів даної категорії та наданні методичної допомоги по областях України.

**Ключові слова:** іонізуюче облучення, Центральна диспансерна комісія, професійна здатність, диспансеризація.

**Ключові слова:** іонізуюче випромінювання, Центральна диспансерна комісія, професійна працездатність, диспансеризація.

Центральну республіканську диспансерну комісію (ЦДК) з медогляду осіб, професійно пов'язаних із джерелами іонізуючого випромінювання (ІВ), було створено у 1957 р. на базі відділення променевої патології Харківського науково-дослідного інституту медичної радіології. Одним з наукових напрямків роботи відділення було вивчення дії ІВ на організм людини та розробка методів диспансерного обстеження професіоналів і відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Саме розробка основ диспансеризації професіоналів даної категорії становила основне завдання ЦДК, оскільки в той час не існувало відповідних методичних документів.

Згодом в основу роботи ЦДК було покладено принципи організації і методичні підходи, розроблені НДІ біофізики МОЗ СРСР (Москва) і колективом авторів на чолі з професором А.К. Гуськовою.

У 1958–1960 роках в Україні було створено 25 регіональних диспансерних комісій, яким ЦДК надавала організаційно-методичну і практичну допомогу. Головами ЦДК з моменту її створення були в різний час завідувачі відділень променевої патології. Слід наперед відмітити кандидата медичних наук Марину Сергіївну Динник — високопрофесійного лікаря і спеціаліста у галузі променевої патології, яка очолювала ЦДК у 1968–1988 рр.