

УДК 616.33 + 616.342-002.44 — 072.1: 616 — 001.28

Г. А. Незговорова*

*ДУ “Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України”,
вул. Мельникова, 53, м. Київ, 04050*

ПИТАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПЕРСОНАЛУ, ЯКИЙ ВИКОНУЄ РОБОТИ З ПЕРЕТВОРЕННЯ ОБ’ЄКТА “УКРИТТЯ” ДСП ЧОРНОБИЛЬСЬКА АЕС НА ЕКОЛОГІЧНО БЕЗПЕЧНУ СИСТЕМУ

За результатами моніторингу протягом 2005—2011 рр. лідируючу позицію серед серйозних патологічних станів на усіх видах медичного контролю займала ерозійна патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, з переважальною локалізацією в дванадцятипалій кишці. Згідно з переліком виявлених патологічних станів усіх обстежених за останні роки (2009—2011 рр.), питома вага ерозивно-виразкових змін гастродуоденальної зони підвищується переважно за рахунок контингенту обстежених на вхідному контролі. При оцінці стану верхніх відділів травного тракту на інших видах медичного контролю негативної динаміки виявлено не було, що, відповідно, доводить правомірність профілактичної стратегії експертної комісії відносно принципової позиції у відборі кандидатів і працівників об’єкта “Укриття”.

Ключові слова: *ерозивно-виразкова патологія шлунка та дванадцятипалої кишки, іонізуюче випромінювання, об’єкт “Укриття” Чорнобильської АЕС.*

Поширеність захворювань органів травлення в Україні за останнє десятиріччя зросла на 44,6%, складаючи 9,3% в структурі загальної захворюваності [1, 2]. Ерозивно-виразкова патологія займає лідируючу позицію в сучасній гастроентерології, досягаючи, за даними різних авторів, 35—80% серед працездатного населення індустріально розвинених країн, у зв’язку з відсутністю тенденції до зменшення захворюваності, наявності перебігу з частими рецидивами та не завжди задовільним результатом лікування [3]. А в зв’язку з тим, що хворіють найчастіше

* Незговорова Галина Андріївна, e-mail: nezgovorova.galina@yandex.ru
© Незговорова Г. А., Сушко В. О., Дроздова В. Д., 2012

люди молодого, працездатного віку ця патологія набуває соціальної значущості [4]. До загальновідомих факторів, що розглядаються як основні причини розвитку ерозивно-виразкової патології гастродуоденальної зони відносяться: генетична схильність, порушення рівноваги між факторами агресії і захисту слизової оболонки та *Helicobacter pylori* (HP) [5]. Проте, за відсутності пускового моменту (порушення режиму харчування і/або погіршення умов трудової діяльності, появи стресових ситуацій і/або інших факторів) патологічні зміни не матимуть розвитку, не виникнуть і рецидиви захворювання [6]. Це особливо важливо враховувати у осіб, які виконують роботи на об'єкті "Укриття" (ОУ) Чорнобильської АЕС. В даний час на ОУ реалізується План Здійснення Заходів (ПЗЗ; англomовний еквівалент — Shelter Implementation Project, SIP), спрямований на перетворення ОУ на екологічно безпечну систему. Роботи проводяться в умовах численних ризиків, з переважанням радіаційного чинника, що посилюється загальнопромисловими небезпечними факторами та створює особливе середовище, яке може негативно вплинути на стан здоров'я працюючих, зокрема на систему травлення з розвитком її патологічних змін.

Мета дослідження. Визначити розповсюдженість ерозивно-виразкової патології шлунка та дванадцятипалої кишки у осіб, що виконують роботи з перетворення об'єкта "Укриття" Чорнобильської АЕС на екологічно безпечну систему на різних етапах медичного контролю, в динаміці спостереження.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження ґрунтуються на результатах спостереження осіб чоловічої статі на протязі 2005–2011 рр., які проходили обстеження за спеціально розробленою програмою медичного і біофізичного контролю стану здоров'я та працездатності персоналу для забезпечення робіт з перетворення ОУ Чорнобильської АЕС на екологічно безпечну систему.

Основними елементами такого комплексного контролю є вхідний, періодичний, заключний і спеціальний (у тому числі й аварійний) медичний і психофізіологічний контроль, додатковими — індивідуальний інспекційний і поточний медичний контроль. Забезпечення такого контролю була і є обов'язковою умовою отримання дозволу МОЗ України, а також спеціальними умовами узгодження УкрІнвестЕкспертизи на проведення робіт, передбачених ПЗЗ. Складовою програми допуску та забезпечення радіаційної безпеки робіт на ОУ є біофізичний контроль — комплекс фізико-біодозиметричних заходів, спрямованих на ідентифікацію випадків інкорпорації радіоактивних

речовин до організму робітників, розрахунок фактичних індивідуальних доз внутрішнього опромінення, викликаних цими подіями і підтвердження відповідності радіаційно-гігієнічних умов на робочому місці вимогам санітарного законодавства України. З урахуванням радіаційно-гігієнічних і загальнопромислових особливостей виконання робіт на ОУ встановлені комплексні вимоги до стану здоров'я і психофізіологічних якостей кандидатів на допуск до робіт, єдиний регламент медичного, психофізіологічного і професійного відбору, що резюмується у визначенні категорії здоров'я персоналу.

Вхідний медичний контроль (ВК) — комплекс медичних експертних заходів за оцінкою стану здоров'я і працездатності персоналу, який проводиться перед залученням працівника до участі в роботах з ПЗЗ.

Індивідуальний інспекційний медичний контроль (ІК)— цілеспрямоване медичне експертне обстеження стану критичних для даного працівника органів і систем організму для підтвердження подальшого допуску/недопуску даного працівника до участі в роботах з реалізації ПЗЗ. Періодичність індивідуального інспекційного контролю визначається станом здоров'я працівника, встановленою на вхідному, спеціальному або періодичному медичному контролі.

Періодичний медичний контроль (ПК) — комплекс періодичних (щорічних) медичних експертних заходів з оцінкою стану здоров'я і працездатності персоналу для підтвердження допуску до робіт з ПЗЗ.

Спеціальний медичний контроль (СПК) — поглиблене, детальне медичне обстеження (включаючи імунологічні, цитогенетичні і молекулярно-генетичні методи) з метою перевірки і/або визначення ефекту можливого або вже підтвердженого внутрішнього надходження радіоактивного матеріалу і зовнішнього опромінення при виконанні робіт з ПЗЗ.

Оцінка й аналіз результатів комплексного медичного і психофізіологічного обстеження, а також даних дозиметрії зовнішнього і внутрішнього опромінення, є основою для прийняття рішення експертною комісією про відповідність стану здоров'я, психофізіологічних якостей і радіаційно-гігієнічних параметрів вимогам до персоналу при виконанні робіт на ОУ.

За період з 2005 по 2011 рік було обстежено 11 889 осіб за різними видами контролю (табл. 1).

Для вивчення стану верхніх відділів травного каналу застосовували фіброгастродуоденоскопію з використанням відеоезофагодуоденоскопа "GIF160" (Olympus, Японія). Діагнози захворювань встановлені відпо-

Таблиця 1. Кількість обстежених за різними типами контролю на протязі 2005–2011 рр.

Рік	Типи контролю (кількість обстежених)				
	всього обстежено (за рік)	вхідний контроль (ВК)	Періодичний контроль (ПК)	індивідуальний інспекційний контроль (ІК)	спец. контроль (Сп.К)
2005	389	266	12	35	76
2006	1783	1275	318	17	273
2007	622	285	143	46	148
2008	1197	748	141	302	105
2009	2217	1197	192	581	247
2010	2720	1126	376	715	503
2011	2961	944	745	996	276

відно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення [7, 8].

Результати дослідження. Комплексне обстеження претендентів щодо отримання дозволу на виконання робіт на спецоб'єкті “Укриття” виявило поширені різнопрофільні розлади, як системні, органні, так і симптоматичні. Найпоширенішою виявилась патологія травної системи, особливо гастродуоденальної зони. Слід зазначити, що в більшості випадків захворювання були діагностовані вперше. Ерозивно-виразкова патологія віднесена до переліку медичних протипоказань щодо допуску до робіт на ОУ, а саме ерозивний гастрит/гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) в стадії загострення.

В аналізі частоти виявлення ерозивно-виразкової патології шлунково-кишкового тракту у працівників ОУ на етапах медичного контролю привертає увагу збільшення частоти цих патологічних станів у динаміці спостережень на протязі 2005–2011 рр., особливо в останні роки (табл. 2; 3). При цьому, виразкові ураження шлунка виявляються достовірно рідше, ніж ДПК. Так, питома вага патології з діагнозом “гострі ерозії шлунка” в загальному числі обстежених за рік відзначається суттєвими розбіжностями. В динаміці з 2005 р. по 2011 р. показник складав відповідно: 2,5%; 1,7%; 3,8%; 2,0%; 2,6%; 4,1%; 3,4% — проте в останні три роки є найвищим. В характеристиці цієї патології за типами медичного контролю визначаються особливості розподілу

Таблиця 2. Частота виявлення ерозивно-виразкових змін слизової оболонки шлунка на всіх етапах медичного контролю в динаміці спостережень 2005–2011 рр.

Рік	Ерозії шлунка, % виявлення за типами контролю					Виразкова хвороба шлунка (вперше виявлена, ст. загострення/ст. ремісії), % виявлення за типами контролю				
	% від всіх обстежених за рік	Типи контролю				% від всіх обстежених за рік	Типи контролю			
		ВК	ПК	ІПК	СпК		ВК	ПК	ІПК	СпК
2005	2,5	2,2	0,0	2,8	3,9	0,8/0,8	0,4/0,7	0,0/0,0	0,0/0,0	2,6/1,3
2006	1,7	1,6	3,1	0	4,0	0,2/0,6	0,2/0,5	0,0/0,6	0,0/0,0	0,7/1,3
2007	3,8	3,8	6,1	1,8	2,0	0,0/0,1	0,0/0,3	0,0/0,0	0,0/0,0	0,0/0,0
2008	2,0	1,7	4,2	1,9	1,0	0,2/0,0	0,1/0,0	0,0/0,0	0,0/0,0	1,0/0,0
2009	2,6	3,3	1,4	0,9	4,6	0,3/0,2	0,2/0,1	0,5/0,0	0,2/0,4	0,4/0,0
2010	4,1	7,2	3,3	1,4	1,7	0,4/0,5	0,6/0,6	0,0/0,5	0,4/1,0	0,4/0,0
2011	3,4	6,0	3,2	1,5	1,8	0,6/0,5	1,5/0,2	0,2/0,6	0,3/0,5	0,0/1,4

обстежених впродовж терміну спостереження. Якщо у 2005–2007 рр. більш часто виявлялися ерозії шлунка у робітників на ПК та на СпК, то протягом 2009–2011 рр. найбільша частота патології спостерігається лише у кандидатів на роботу в ОВУТ на ВК (2009 р. — 3,3%; 2010 р. — 7,2%; 2011 р. — 6,0% від всіх обстежених за цим типом контролю). Суттєво підтримується частота виявлених ерозій шлунка у робітників на щорічному ПК, що формує групи з “недопуском” до роботи, яким рекомендується курс лікування у медичних закладах за місцем проживання з контрольними дослідженнями ФГДС для верифікації стану повної ремісії. ІПК та СпК, які слідує після курсового лікування та отримання ремісії, не демонструють показників високої частоти ерозивних процесів у шлунку, і як бачимо з даних таблиці, не перевищують 1,5–2,0% від усіх обстежених за цими типами контролю.

Визначена динаміка показує раціональність лікувально-профілактичних заходів щодо зниження рівня цієї патології у робітників ОВУТ: на первинному огляді відсів кандидатів за категорією “недопуск” → обов’язковий курс амбулаторного чи стаціонарного лікування → контрольне обстеження ФГДС з верифікацією повної ремісії → подальше

Таблиця 3. Частота виявлення ерозивно-виразкових змін слизової оболонки дванадцятипалої кишки на всіх етапах медичного контролю в динаміці спостережень 2005–2011 рр.

Рік	Ерозії дванадцятипалої кишки, % виявлення за типами контролю					Виразкова хвороба ДПК (вперше виявлена, ст. загострення /ст. ремісії), % виявлення за типами контролю				
	% від всіх обсте- жених за рік	Типи контролю				% від всіх обсте- жених за рік	Типи контролю			
		ВК	ПК	ПК	СпК		ВК	ПК	ПК	СпК
2005	4,6	4,0	0	5,7	6,6	7,3/21,5	6,2/2,6	0/0	2,8/8,6	5,2/5,3
2006	4,0	3,7	3,4	0	6,2	6,2/16,6	3,5/5,2	2,8/7,6	10,8/12,5	2,6/9,2
2007	4,0	4,1	4,7	1,8	4,0	5,1/17,7	6,7/4,3	1,4/4,8	5,3/7,1	2,7/6,7
2008	3,2	2,9	6,2	2,0	3,3	4,0/11,6	2,8/3,1	2,8/6,9	1,0/5,7	1,9/2,8
2009	3,2	4,0	2,4	1,9	3,8	3,7/13,1	4,2/2,5	3,4/5,3	2,3/5,6	1,2/3,3
2010	3,8	6,5	2,3	1,8	2,2	5,2/17,2	5,8/4,5	2,3/6,2	1,1/6,0	1,1/5,0
2011	3,5	6,6	3,6	1,1	1,8	3,1/5,8	5,8/4,4	2,3/6,7	1,5/6,0	1,8/8,0

диспансерне спостереження за перебігом ерозивного гастриту гастро-ентерологом/терапевтом за місцем проживання та на періодичному і інспекційному медичних контролях у відділі моніторингу стану здоров'я працівників атомної енергетики та атомної промисловості ДУ “ННЦРМ НАМН України”.

Виразкова хвороба шлунка — нечаста патологія шлунково-кишкового тракту в когорті наших спостережень. За даними, наведеними в табл. 2, впродовж всіх років (2005–2011рр.) питома вага цієї нозологічної форми в числі інших патологічних станів не досягала 1% від всіх обстежених за кожний рік (0,2–0,8%). Відмічається тенденція до зростання частоти ВХШ за останні роки (2009 р. — 0,5%; 2010 р. — 0,9%; 2011 р. — 1,1%).

Як свідчать дані табл. 2, найбільш часто виявляється ВХШ (вперше виявлена або у стані загострення) у кандидатів на вхідному медичному контролі, які отримують “недопуск” до роботи в ОВУТ і направляються на курс лікування з рекомендацією додаткового обстеження на

інфікування *Helicobacter pylori* (HP) за місцем проживання. За умов досягнення повної ремісії процесу на засаді контрольної фіброгастроуденоскопії (ФГДС) подальше моніторування стану здоров'я відбувається на ПК та на ПК. Проаналізовані дані свідчать про наявність ВХШ у робітників здебільшого у стані ремісії і стабільно у динаміці років спостереження тільки поодинокими випадками стадії загострення захворювання. Але аналіз за типами медичного контролю вказує на більшу частоту ВХШ саме за останні роки і у працюючих робітників на моніторингових контролях — періодичному та індивідуальному інспекційному (2009 р. — 0,5/0,6%; 2010 р. — 0,5/1,4%; 2011 р. — 0,8/0,8%).

Найбільшу увагу привертає показник частоти ВХШ у робітників з показаннями до індивідуального спеціального контролю, при чому діагностовано випадки ВХШ переважно у стадії загострення або первинно виявлені. Загалом, за динамікою показника по роках частота виявлення ВХШ найбільша саме на СпК у порівнянні з усіма іншими типами медичного контролю. Цей факт потребує самостійного цільового наукового дослідження спектру шкідливих чинників ураження слизової оболонки шлунка з виразковим процесом, вивчення патогенетичних механізмів та особливостей клінічного перебігу ерозивно-виразкових захворювань, в числі яких має місце іонізуюче опромінення в робочих умовах.

Значно більша частота виявлення у обстежених на всіх видах медичного контролю ерозивно-виразкових уражень дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) (табл. 3).

В динаміці спостережень протягом 2005–2011 рр. частота діагностування ерозій ДПК за відсотком від всіх обстежених за рік має тенденцію до зниження показника (від 4,6% — у 2005р.; до 3,2% — у 2008р. і 3,5% — у 2011р.). Найбільш часто у попередні роки (2005–2007 рр.) ерозії ДПК виявлялися на ВК та особливо на інспекційному моніторинговому контролі (відповідно: 2005 р. — 4,0% від всіх обстежених за цим типом контролю; 6,6% — на ПК; 2006 р. — 3,7%/6,2%; 2007 р. — 4,1%/4,0%).

У останні роки (2008–2011 рр.) суттєво підвищилася частота патології саме у кандидатів на роботу на ВК (2010 р. — 6,5%; 2011 р. — 6,65%). А у працюючих робітників на ОВУТ, що направляються на СпК, частота виявлення ерозій ДПК практично в три рази знизилася (2008 р. — 3,3%; 2010 р. — 2,2%; 2011 р. — 1,8%). При цьому на ПК впродовж всіх років спостереження частота виявлення ерозій ДПК у працюючих робітників утримується стабільно в межах 2,5–4,0%

від всіх обстежених на цьому типі контролю. Дуже низький показник у структурі патологій на ПК, що не перевищує 1,0–2,0% обстежених за даним типом контролю.

Цей факт дозволяє зробити висновок про дієвість профілактичного напрямку медичних контролів, а саме відмежування за категорією “недопуск” до роботи в ОВУТ за наявністю гострих ерозій з направленням на лікування за місцем проживання, з контролем досягнення ремісії за даними ФГДС і з подальшим контролем в динаміці спостереження на ПК (за винятковими показаннями — ПК) контролі. Показник виявлення ерозій ДПК у працівників в 3 рази вищий на ПК у порівнянні з інспекційним та СпК свідчить про систематичний характер ураження слизової ДПК у працюючих робітників здебільшого внаслідок рецидивуючого перебігу захворювання та значно меншою мірою — як первинно виявлені (3,6% — у 2011 р.; 4,7% — 1 2007 р.). ВХ ДПК виявляється на усіх типах медичного контролю. Питома вага захворювання у стані ремісії в 3–4 рази перевищує частоту станів загострення (табл. 3). За відсотком встановленої ВХ ДПК в числі різних патологічних станів у всіх обстежених за рік в динаміці 2005–2011 рр. спостерігається достатньо стабільна частота від 29% (третина всіх обстежених!) у 2005 р., 23% — 2007 р. та 2010 р., із суттєвим зниженням у 2011 р. — 9%. Найбільша питома вага ВХ ДПК в динаміці всіх років спостерігається у кандидатів на роботу на ВК (від 6,0% до 11,0% на цьому типі контролю та розподіл випадків за фазами загострення (чи вперше виявлене)/ремісія зближені між собою (2008 р. — 2,8/3,1%; 2010 р. — 5,8/4,5%; 2011 р. — 5,8/4,4%). При цьому всі випадки загострення формують категорію з “недопуском” до роботи, з отриманням направлення на лікування за місцем проживання з верифікацією стану ремісії на поточний повторний інспекційний контроль. В стані ремісії ВХ ДПК на протязі проаналізованого терміну зафіксована у 2,5–5,0% обстежених на ВК та з дещо більшою частотою — на ПК (від 5,0% до 8,0% обстежених). Стан загострення ВХ ДПК практично в 1,5–2 рази рідше діагностується на ПК, ніж на ВК (від 1,5% до 3,5% за типом контролю), що може орієнтувати на відсутність специфічної додаткової дії іонізуючого опромінення на фоні інших патогенних шкідливих чинників дії на систему травлення при виконанні робіт на ОУ.

На інспекційних поточних контролях частота ВХ ДПК в стані загострення найбільш низька, не перебільшує 1,5–3% обстежених, з позитивною динамікою зниження частоти на цих видах медичного контролю саме в останні роки (2008–2011 рр., відповідно 1,0–1,5%).

Така ж динаміка спостерігається і на ПК. Питома вага ВХ ДПК в стані ремісії визначається значно вищою і з коливаннями по роках : 6–7% на ПК та 5–10% на СпК.

Висновки. Таким чином, за результатами проведеного аналізу щодо ерозивно-виразкових захворювань гастродуоденальної зони у працівників на ОУ не виявлено суттєвої негативної динаміки з підвищенням частоти патології як за локалізацією у шлунку, так і у ДПК на моніторингових медичних контролях. Проте, загальна питома вага ерозій шлунка, ВХШ, ерозій ДПК та ВХ ДПК у переліку виявлених патологічних станів всіх обстежених за останні роки (2009–2011 рр.) щорічно підвищується і саме за рахунок контингенту кандидатів на роботу, що проходять вхідний медичний контроль.

Важливим показником в оцінці стану здоров'я працівників ОВУТ є відсутність приросту, більш того — зниження частоти ерозивно-виразкових захворювань у них за результатами моніторингових медичних контролів на періодичному, інспекційному та індивідуальному спеціальному контролях. Стабільними реєструються показники наявності ВХШ та ВХ ДПК в стані ремісії. Ці статистичні висновки доводять правомірність профілактичної стратегії експертної комісії щодо принципового відбору робітників без ерозивного гастродуоденіту та ВХШ і ВХ ДПК в некомпенсованому стані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лисенко Г. І. Актуальні проблеми сучасної гастроентерології в практиці сімейного лікаря / Г. І. Лисенко, І. М. Скрипник // Сімейна медицина. — 2009. — № 2. — С. 3–5.
2. Гастроэнтерология: национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М. : ГЭОТАР — Медиа, 2011. — 462 с.
3. Шве́ц О. В. Анализ распространенности и патогенетических факторов у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / О. В. Шве́ц // Лікар. справа. — 2001. — № 4. — С. 177–178.
4. Вавилов А. М. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у пациентов разного возраста / А. М. Вавилов // Мед. помощь. — 2007. — № 1. — С. 3–8.
5. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь: патогенез, современная стратегия, диагностика и лечение / Ю. В. Васильев // Трудный пациент. — 2003. — № 2. — С. 13–16.
6. Колотилова М. Л. Гастриты и язвенная болезнь / М. Л. Колотилова, Л. Н. Иванов. — Чебоксары : Изд-во Чувашского ун-та, 2010. — 163 с.
7. Наказ від 13.06.2005 № 271 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Гастроентерологія””.
8. Наказ МОЗ України від 21.05.07 р. № 246 “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”.

Стаття надійшла до редакції 23.07.2012.

Г.А. Незговорова

*Государственное учреждение “Национальный научный центр радиационной
медицины Национальной академии медицинских наук Украины”,
53, ул. Мельникова, г. Киев, 04050, Украина*

**ВОПРОСЫ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПЕРСОНАЛА,
ВЫПОЛНЯЮЩЕГО РАБОТЫ ПО ПРЕОБРАЗОВАНИЮ
ОБЪЕКТА “УКРЫТИЕ” ГСП ЧЕРНОБЫЛЬСКАЯ АЭС
В ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНУЮ СИСТЕМУ**

По результатам мониторинга на протяжении 2005—2011 гг. лидирующую позицию среди серьезных патологических состояний на всех видах медицинского контроля занимала эрозивная патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с преобладающей локализацией в двенадцатиперстной кишке. Согласно перечня выявленных патологических состояний всех обследованных за последние годы (2009—2011 гг.), удельный вес эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны повышается преимущественно за счет контингента обследованных на входном контроле. При оценке состояния верхних отделов пищеварительного тракта на других видах медицинского контроля негативной динамики выявлено не было. Что, соответственно, доказывает правомерность профилактической стратегии экспертной комиссии относительно принципиальной позиции в отборе кандидатов и работников ОУ.

Ключевые слова: *эрозивно-язвенная патология желудка и двенадцатиперстной кишки, ионизирующее излучение, объект “Укрытие” Чернобыльской АЭС.*

G. A. Nezgovorova

*State Institution “National Research Center for Radiation Medicine
of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”,
53, Melnykov str., Kyiv, 04050, Ukraine*

**QUESTIONS OF ULCER AND EROSION DAMAGE OF STOMACH
AND DUODENUM AT A PERSONNEL THAT EXECUTES WORKS
ON TRANSFORMATION OBJECT “SHELTER” SSE CHORNOBYL
NPP IN THE ENVIRONMENTALLY SAFE SYSTEM**

On results monitoring during 2005—2011 leading position among serious pathological conditions erosive pathology of overhead departments of gastrointestinal tract occupied on all types of medical control, with prevailing localization in a duodenum. In obedience to the list of the educed pathosiss all inspected in the last few years(2009—2011), specific gravity of of erosive and ulcerative changes of gastro-duodenal zone rises mainly due to a contingent inspected on entrance control. At the estimation of the state of overhead departments of digestive tract on other types of medical control of negative dynamics educed it was not. That, accordingly, legitimacy of prophylactic strategy of expert commission of relatively fundamental position proves in the selection of candidates and workers of OS.

Key words: *ulcer & erozion pathology of stomach and duodenum, ionizing radiation, object “Shelter” Chornobyl NPP.*