



УДК 616.28-008.14-057(470.43):[61:519.23]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ

М. Н. Попов

COMPARATIVE ASSESSMENT OF INCIDENCE OF PROFESSIONAL NEUROTOUCH RELATIVE DEAFNESS IN THE SAMARA REGION

M. N. Popov

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
(Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова – доцент А. П. Мирошниченко)

Проанализирована характеристика профессиональной заболеваемости в Самарской области. Проанализирована динамика заболеваемости профессиональной нейросенсорной тугоухостью по данным отделения профпатологии Самарского государственного медицинского университета за 2006–2011 гг.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, профессиональные болезни, Самарская область

Библиография: 4 источника.

The characteristic of professional incidence in the Samara region is analysed. Dynamics of incidence by professional neurotouch relative deafness according to office of professional pathology of the Samara State Medical University during 2006–2011 is analysed.

Key words: neurotouch relative deafness, professional diseases, Samara region.

Bibliography: 4 sources.

Нарушение слуха является причиной психологического отягощения человека и создает затруднение адаптации его в современном обществе. Это происходит вследствие ограничений общения с окружающими из-за понижения слуха, а также дезориентации в повседневной и профессиональной деятельности.

Профессиональная нейросенсорная тугоухость – заболевание, характеризующееся постепенным снижением остроты слуха вследствие длительного (многолетнего) воздействия производственного шума. По данным литературы, в России профессиональная тугоухость в структуре профессиональной патологии составляет 9–12% [1]. Нейросенсорная тугоухость профессиональной этиологии во всех высокоразвитых странах занимает наибольший удельный вес среди других форм этой патологии, причем профессиональная тугоухость с различной степенью снижения слуха развивается у рабочих шумовых профессий самого трудоспособного возраста, что ставит эту проблему в ряд социально важных. Среди неблагоприятных для слухового анализатора производственных факторов наиболее распространенным является производственный шум [2]. Шум содержит звуки различных частот с неодинаковым распространением уровней по отдельным частотам и постоянно меняющимся общим уровнем. Кроме того, шум нередко сочетается с одновременным действием на организм человека вибрации (местной и общей). Действие

вибрации совместно с шумом рассматривается в настоящее время как фактор, усиливающий влияние шума на орган слуха и равновесия. Сроки возникновения профессиональной тугоухости зависят от интенсивности шума, длительности его воздействия, индивидуальной чувствительности органа слуха к шуму, средств индивидуальной защиты.

Одним из наиболее достоверных показателей повреждающего действия шума на орган слуха является определение степени снижения слуха. Количественная оценка слуха у рабочих «шумовых» профессий, особенно при решении вопросов экспертизы трудоспособности, а также при наблюдении за состоянием слуха в динамике, производится с учетом аудиометрических исследований. Изменение слуховой чувствительности в области восприятия зоны речевых частот (500, 1000, 2000 Гц), по данным тональной аудиометрии, отражает состояние речевого восприятия, от чего зависит восприятие живой речи. Одними из наиболее важных в оценке состояния слуховой функции при профессиональной тугоухости являются показатели порогов слуха в области восприятия речевых частот и частоты 4000 Гц. Поражение органа слуха в результате воздействия шума проявляется вначале повышением порога слуха на частотах 12, 14, 16 кГц, затем – 4000 Гц, что не отражается на восприятии шепотной и разговорной речи и регистрируется лишь с помощью метода тональной пороговой аудиометрии.



Профессиональная нейросенсорная тугоухость при аудиометрическом исследовании характеризуется пологой нисходящей кривой с наибольшим повышением порога слуха на 4000 Гц и постепенным повышением порогов слуха на 2000, 1000, 500 Гц. Типичным признаком тугоухости шумового генеза является отсутствие костно-воздушного интервала. Как правило, страдают оба уха в одинаковой степени. В последнее время в профпатологической практике выделяют следующие степени нейросенсорной тугоухости:

0 степень снижения слуха – признаки действия шума на орган слуха. Повышение порогов слуха в области восприятия речевых частот (500, 1000 и 2000 Гц) до 10 дБ, при аудиометрии на частоте 4000 Гц регистрируется снижение слуха до 50 ± 20 дБА, восприятие шепотной речи 5 ± 1 м.

I степень – нейросенсорная тугоухость с легкой степенью снижения слуха. Данная степень снижения слуха устанавливается при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот от 11 до 20 дБ, на частоте 4000 Гц регистрируется снижение слуха до 60 ± 20 дБА, восприятие шепотной речи 4 ± 1 м.

II степень – нейросенсорная тугоухость с умеренной степенью снижения слуха. Данная степень снижения слуха устанавливается при повышении порогов слуха в области восприятия речевых ча-

стот от 21 до 30 дБ, на частоте 4000 Гц регистрируется снижение слуха до 65 ± 20 дБА, снижение слуха на восприятие шепотной речи 2 ± 1 м.

III степень – нейросенсорная тугоухость со значительной степенью снижения слуха. Данная степень снижения слуха устанавливается при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот от 31 дБ и более, на частоте 4000 Гц регистрируется снижение слуха до 70 ± 20 дБА, снижение слуха на восприятие шепотной речи $1 \pm 0,5$ м [3].

Нами проанализирована динамика профессиональной заболеваемости по данным первично установленных диагнозов клиникой профессиональных болезней СамГМУ за период с 2006 по 2011 г. (табл. 1). При анализе структуры первичной заболеваемости за данный период установлено 2626 случаев первичных профессиональных заболеваний. При этом лидирующее место занимают заболевания, обусловленные воздействием физических факторов производственной среды: на первом месте нейросенсорная тугоухость, на втором – вибрационная болезнь. Далее по частоте установленных диагнозов – профессиональные заболевания верхних дыхательных путей.

Отмечается рост впервые выявленных случаев нейросенсорной тугоухости профессиональной этиологии с 47% в 2006 г. до 54% в 2011 г. (рис. 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная характеристика профессиональной заболеваемости по данным отделения профессиональных болезней клиник СамГМУ (2006–2011 гг.)

Нозология	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Вибрационная болезнь	44	44	72	102	73	83
Нейросенсорная тугоухость	151	119	171	204	169	204
Хронические бронхиты	59	38	50	67	34	31
Пневмокониоз	8	3	5	6	2	19
Силикоз	5	4	5	1	3	4
Ctbs	4	0	0	0	1	0
Бронхиальная астма	28	12	24	13	9	14
Хронический ринофаринго-ларингит	–	14	55	36	22	20
Хроническая интоксикация	4	0	4	5	0	7
Экзема	0	4	1	4	2	2
Экзогенный альвеолит	0	1	0	0	0	1
Варикозная болезнь	–	3	3	6	5	10
Костно-мышечная патология и радикулопатия	17	55	115	94	109	142
Всего поставленных первичных диагнозов	320	297	505	538	429	537

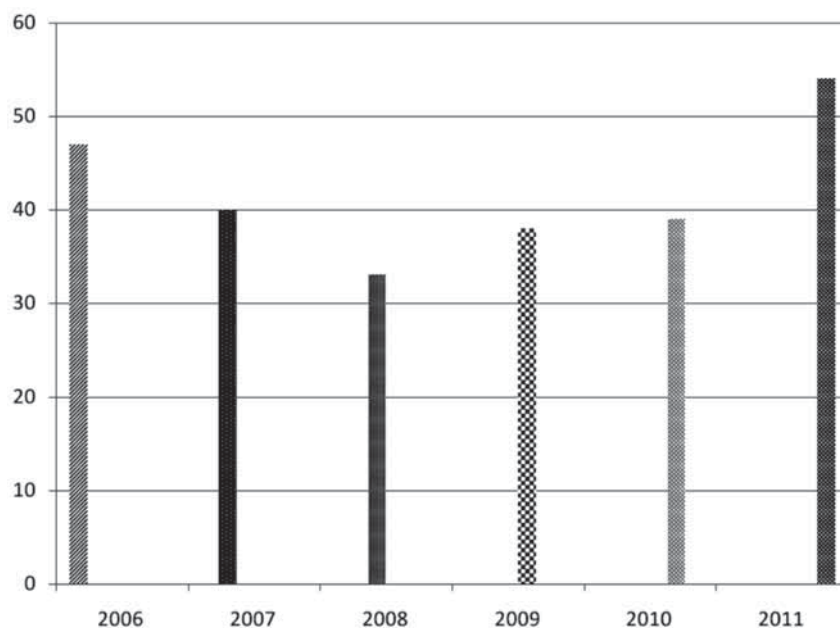


Рис. 1. Частота установленных первичных диагнозов профессиональной нейросенсорной тугоухости в отделении профессиональных болезней клиник СамГМУ (2006–2011 гг.).

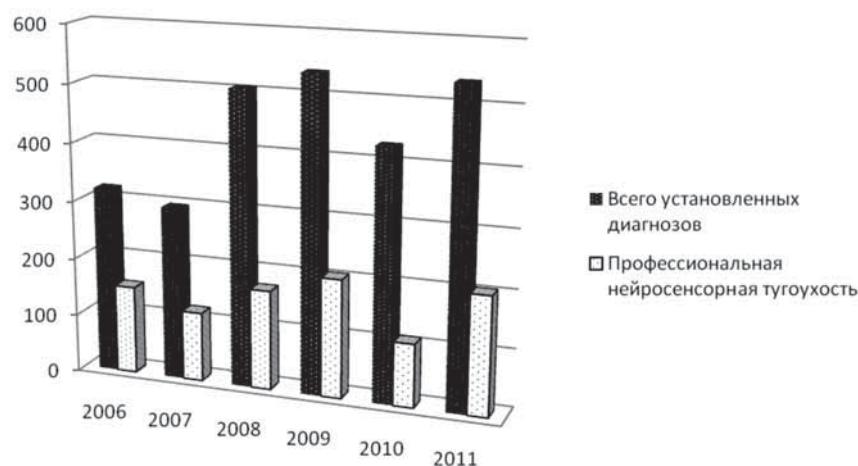


Рис. 2. Частота профессиональной нейросенсорной тугоухости среди всех первичных установленных диагнозов (2006–2011 гг.)

По данным исследования, наиболее часто профессиональная нейросенсорная тугоухость регистрировалась у работающих на предприятиях машиностроения, авиастроения, воздушном транспорте, преимущественно у работников Самарского авиационного завода, завода «ЦСКБ-Прогресс», ОАО «Моторостроитель», ОАО «СНТК имени Н. Д. Кузнецова», ОАО «Самарский металлургический завод», работников сельского хозяйства. Анализ данных показал, что, как правило, профессиональные заболевания диагностировались у работников, имеющих большой стаж труда (10 лет и более) во вредных условиях, высокий

процент выявления запущенных случаев профессиональных заболеваний обусловлен отсутствием полноценных медицинских осмотров (заболевания редко выявляются на ранних стадиях у людей трудоспособного возраста) (рис. 2).

В Самарском центре профпатологии в большинстве случаев диагностирована II степень нейросенсорной тугоухости (54%). I степень – 14,3%, II–III степень – 10%, III степень – 11,5% случаев. В 19% случаев у больных диагностирована нейросенсорная тугоухость в сочетании с вибрационной болезнью от действия общей вибрации, в 10% – от локальной вибрации.



Выводы

1. За период с 2006 по 2011 г. в Самарской области наблюдается рост профессиональной заболеваемости.
2. Значительная заболеваемость профессиональной тугоухости занимает первое место в общей структуре профессиональной патологии.
3. Необходимо совершенствование методов диагностики ранних форм тугоухости на основании комплексного исследования механизмов формирования заболевания.
4. Врачам-профпатологам, оториноларингологам, работникам предприятий, ответственным за охрану труда, следует обратить внимание на комплекс мероприятий по предупреждению возникновения профессиональной нейросенсорной тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н. Ф. Концепция развития медицины труда // Профессия и здоровье: мат. III Всерос. конгресса. – М., 2004. – С. 23–25.
2. Косарев В. В., Еремина Н. В. Нарушения слуха профессионального генеза: учеб. пособие. – Самара, 2007. – 94 с.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М. Оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 656 с.
4. Панкова В. Б. Профессиональные заболевания органа слуха. Оториноларингология – национальное руководство. – М., 2007. – С. 848–856.

Попов Михаил Николаевич – клинический ординатор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443079, Самара, пр. Карла Маркса, д. 165Б, клиники медуниверситета, тел.: 8-927-291-19-27, e-mail: mixa063@bk.ru

УДК: 616.22-007.271-089.844

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТО-, АЛЛО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

С. С. Решульский, В. В. Виноградов

EXPERIENCE OF USING AUTOLOGOUS, ALLOGENEIC AND XENOGRAFTS FOR THE RECONSTRUCTION OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT

S. S. Reshulskiy, V. V. Vinogradov

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Проблема лечения больных со стенозами полых органов шеи остается актуальной на данный момент. В статье указаны варианты хирургического лечения больных со стенозами гортани сочетанной этиологии и варианты реконструкции передней стенки трахеи. Подробно описаны методика применения аутоотрансплантата из тела подъязычной кости при реконструкции гортани и методики реконструкции передней стенки трахеи с использованием перемещенных лоскутов с сохранением собственного кровообращения, а также никелида титана при трахеопластике. Оценены особенности заживления послеоперационной раны при применении данных способов хирургического лечения.

Ключевые слова: стеноз, гортань, трахея, подъязычная кость, аутоотрансплантат, никелид титана.

Библиография: 8 источников.

The problem of the treatment of patients with stenosis of hollow organs of the neck remains essential at the time. This item includes surgical treatment options of patients with stenosis of the larynx combined etiology and options for reconstruction of the anterior tracheal wall. Detailed description of the method of application of the autograft body of hyoid bone in the reconstruction of the larynx and reconstruction technique anterior tracheal wall with displaced flaps with preservation of its own circulation, as well as nickel-titanium the reconstruction of the anterior wall of the trachea. Valued features of healing wound in the application of these methods of surgical treatment.

Key words: stenosis, larynx, trachea, hyoid bone, autograft, nickel titanium.

Bibliography: 8 sources.