

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

оцінки якості життя (опитувальник SF-36) на початку та після завершення курсу стаціонарного лікування.

Результати та їх обговорення. Середній рівень ранкового систолічного АТ був поступово знижений з $172 \pm 9,5$ мм рт. ст. до $127 \pm 7,5$ мм рт. ст., а діастолічного – з $84 \pm 6,5$ мм рт. ст. до $72 \pm 5,6$ мм рт. ст. Усіма хворими було відмічено покращення самопочуття: зменшилися інтенсивність та частота головних болів, ступінь головокружіння, астеновегетативні прояви та дискомфорт в правому підребр'ї. При оцінці якості життя встановлено, що у досліджуваних пацієнтів достовірно покращувались більшість показників, що характеризують якість життя, зокрема найбільше покращення відмічено при оцінці рольового емоційного функціонування з $41,7 \pm 5,8$ балів до початку лікування, проти $75,8 \pm 6,0$ балів після 16 днів стаціонарного лікування.

Висновок. Пацієнти з АГ та НСП потребують особливого підходу до лікування. Зокрема, ефективним та патогенетично виправданим є застосування гепатопротектору антраль в комплексній терапії.

КЛІНІКО-АУДИОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У РОБІТНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ З ПРОФЕСІЙНОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ

Басанець А.В., Гвоздецький В.А.

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», відділ професійних захворювань

Проблема діагностики субклінічних та ранніх форм професійної сенсоневральної приглухуватості (ПСНП) зберігає велику медичну і соціальну актуальність. На жаль, в Україні діагностика цього захворювання знаходиться на низькому рівні по ряду причин, серед яких можна виділити організаційні (потребує уточнення класифікація професійної СНТ та її узгодження з європейськими стандартами); недостатніми можливостями діагностичної бази (при проведенні періодичних медичних оглядів не завжди використовується навіть тональна аудіометрія); не всі профпатологічні комісії мають можливість використовувати сучасні методи оцінки функції центральних і периферичних відділів слухового аналізатора; неякісна диспансеризація груп ризику; соціальна незахищеність працюючих (страх втратити роботу у зв'язку з встановленням профзахворювання, що створює проблему «пізніх» звернень пацієнтів) та інші.

Мета роботи – дослідження змін в показниках аудіометрії у робітників шумових професій вугільної промисловості з професійною сенсоневральною приглухуватістю.

Матеріал і методи: на базах ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» та ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було обстежено 100 хворих (віком від 32 до 50 років «шумових» професій (вугільна промисловість) з професійними сенсоневральними порушеннями слуху (шумового генезу) зі стажем роботи 15-30 років. До аналізу не входили хворі, які перенесли нейроінфекцію, черепно-мозкову травму, а також ті, що мали виражену патологію серцево-судинної системи, тяжкі соматичні та інфекційні захворювання або контакт з радіацією. В якості контрольної групи обстежено 15 здорових нормальночуючих осіб.

Слухова функція досліджувалась на тони в області 0,125-8 та 9-16 кГц, тобто в конвенціональному і розширеному діапазонах частот в екранованій та звукоізольованій камері, де рівень шуму не перевищував 30 дБ, за допомогою клінічного аудіометра АС-40, фірми «Interacoustics» (Данія).

Результати оцінювались з використанням методів варіаційної статистики. Розраховувались середнє арифметичне значення показників – величина (М) та його помилка ($\pm m$), а також коефіцієнт достовірності різниці (t). Достовірність отриманих результатів оцінювали по таблиці критеріїв Ст'юдента.

Результати: Перед інструментальним обстеженням всі пацієнти проходили ретельний отоларингологічний огляд, з детальним збором анамнезу. Рівні шуму на робочих місцях обстежених шахтарів коливаються від 81 до 101 дБа.

Найбільш часто обстежені шахтарі (100%) скаржилися на зниження слуху, порушення розбірливості мови (6%), шум у вухах або голові (54%). Більшість робітників вугільної промисловості скаржилися на часті головні болі (90%), у 24% випадків їх турбували запаморочення, 42% відзначали періодичне серцебиття і відчуття дискомфорту в області серця, 72% хворих був підвищений артеріальний тиск, у решти тиск був лабільним з тенденцією до підвищення. Частина обстежених (30%) відзначала підвищену дратівливість, стомлюваність, порушення сну.

При проведенні отоскопії у всіх пацієнтів було виявлено деяке потовщення барабанних перетинок, їх тьмяність. Відзначалась деяка згладженість розпізнавальних контурів і вкорочення світлового рефлексу. При проведенні передньої риноскопії у обстежених відзначався набряк слизової оболонки порожнини носа або її сухість, у 25% був діагностований вазомоторний риніт, а у 18% - хронічний субатрофічний ринофарингіт.

За даними порогової тональної аудіометрії досліджуваних хворих, які піддавалися впливу шуму на рівні $(89,83 \pm 3,31)$ дБа, спостерігалось найбільш виражене зниження слухової чутливості до тонів з частотою понад 4 кГц, що є характерним для сенсоневральної приглухуватості шумового генезу. Показники чутливості до тонів з частотою 4 кГц у шахтарів основних професій становили $(39,15 \pm 5,35)$, в області 6 і 8 кГц становили $(40,90 \pm 5,36)$ та $(42,65 \pm 5,39)$ дБ, а у пацієнтів з групи контролю $(7,34 \pm 0,67)$, $(7,51 \pm 0,98)$ та $(7,99 \pm 0,76)$ дБ, відповідно ($p < 0,01$). В області 0,125; 0,25 та 0,5 кГц пороги слуху на тони знаходилися у обстежуваних нами осіб в межах норми і становили, відповідно, $(7,65 \pm 2,91)$; $(8,07 \pm 2,97)$ та $(9,39 \pm 3,18)$ дБ, що достовірно не відрізнялось від показників у контрольній групі ($p > 0,05$). Також слід зазначити, що частина обстежуваних не сприймала тони в області 6 кГц та 8 кГц частот, тобто спостерігався так званий "обрив". Відповідно відсоток "обриву" слуху, становив 2% та 4%.

Результати аналізу даних дослідження слуху на тони в розширеному діапазоні частот (9-16 кГц) свідчать про те, що значна частина обстежуваних не сприймала тони в області частот на тони 9 кГц, 10 кГц, 11,2 кГц, 12,5 кГц, 14 кГц, 16 кГц, відповідно, відсоток становив 8%, 7%, 20%, 32%, 70%, 73%. Було встановлено, що у осіб з ПСНП спостерігається достовірне ($p < 0,01$) підвищення порогів слуху на тони по всьому досліджуваному діапазону частот (9-16 кГц) порівняно з нормою. Найбільш виражене зниження слуху на тони мало місце в області 10 кГц, 11,2 кГц, 12,5 кГц, 14 кГц та 16 кГц, яке, становило: $63,37 \pm 5,45$; $67,23 \pm 5,73$; $69,88 \pm 6,13$; $71,8 \pm 8,94$; $71,59 \pm 9,61$ дБ відповідно.

Висновки: Дані проведеного дослідження дозволяють рекомендувати метод аудіометрії в повному обсязі для діагностики ранніх проявів СНП професійної етіології у робітників, що підпадають під вплив шуму в умовах виробництва. Вважаємо за доцільне проведення дослідження слуху у зазначеній категорії не тільки в звичайному (0,125-8) кГц діапазоні частот, а й розширеному (9-16) кГц, звертаючи увагу на частоти (12,5; 14 і 16) кГц. В якості об'єктивної ознаки ранніх стадій розвитку ПСНП, крім зниження слуху на 4 кГц, частота 16 кГц може розглядатися як одна із найбільш показових при оцінці слуху у працівників шумових професій, особливо при відсутності інших змін в розширеному діапазоні частот.