

ность хирургического стационара, снижает нагрузку на хирургов на диагностическом этапе, сохраняя качество обследования пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Competing risks and prognostic stages of cirrhosis: a 25-year inception cohort study of 494 patients / G. D'Amico [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2014. – Vol. 39. – P. 1180-1193.

2. de Franchis, R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension / R. de Franchis, Baveno VIF. // J Hepatol. – 2015. – Vol. 63. – P. 743-752.

3. Quraishi, M.N. How we manage variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Key practical messages from the British Guidelines / M.N. Quraishi, F. Khan, D. Tripathi // Pol Arch Med Wewn. – 2016. – Vol. 126, N3. – P. 174-184.

4. U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients / D. Tripathi [et al.] // Gut. – 2015. – Vol. 64. – P. 1680-1704.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

¹Могилевец О.Н., ¹Дешко Т.А., ²Маркевич Н.Е.

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная клиническая больница

Актуальность. Выявление профессиональных заболеваний ЛОР-органов, особенно на ранних стадиях в целях своевременного проведения оздоровительных мероприятий, является актуальным вопросом медицины. Согласно перечня (списка) профессиональных заболеваний, утвержденного Постановлением МЗ РБ и МТиСЗ РБ от 29.05.2011 года № 40/6 выделяют следующие профессиональные заболевания верхних дыхательных путей: токсические ринофаринголарингит; эрозия, перфорация носовой перегородки (J 68.2); хронический атрофический и гипертрофический ринофаринголаринготрахеит (J 31.1); аллергический ринит (J 30.3); узелки певцов (J 38.2), контактные язвы голосовых складок (J 38.7), хронический ларингит (J 38.0).

Профессиональная тугоухость во всех развитых странах, в том числе в Республике Беларусь, занимает наибольший удельный вес среди других форм профессиональной патологии. По результатам медосмотров проведенных в 2015 году в Гродненской

области в условиях воздействия шума работает 23508 человек, что составляет 31,7% от всех работающих во вредных условиях труда. Профессиональная тугоухость развивается у работников шумоопасных профессий в трудоспособном возрасте, что ставит эту проблему в ряд социально важных [1].

Клинические эффекты при профессиональной потере слуха характеризуются следующими моментами: потеря слуха происходит за счет поражения внутреннего уха и характеризуется одновременным снижением как костной, так и воздушной проводимости (отсутствует костно-воздушная диссоциация); двустороннее симметричное развитие процесса с поражением обоих ушей; первоначальное снижение тонального слуха в диапазоне высоких частот (4000 Гц и выше) с последующим распространением на речевой диапазон (500, 1000, 2000 Гц); медленно прогрессирующее течение с нарушением восприятия шепотной речи; нарушение слуха стойкое и стабильное; при прекращении воздействия шума, как правило, прогрессирование потери слуха не наблюдается; при акустической травме (взрыв, авария) может наблюдаться острое развитие тугоухости с быстрым прогрессированием; способствующими факторами могут быть одновременное воздействие вибрации, интоксикации, черепно-мозговые травмы, возраст старше 55 лет; к неспецифическим эффектам шума на организм работающего следует отнести изменения центральной нервной и сердечно-сосудистых систем (синдром нейроциркуляторной астении). Дифференциальную диагностику необходимо проводить с токсическими (лечение ототоксическими препаратами), воспалительными, сосудистыми, посттравматическими невропатиями, отосклерозом, кондуктивной тугоухостью, наследственностью.

Выявление профзаболеваний ЛОР-органов осуществляется отоларингологом, принимающим участие в медицинских осмотрах. При установлении данной патологии необходимо исходить из особенностей клинических форм и развития заболеваний, характера и параметров этиологического фактора, стажа работы в конкретных санитарно-гигиенических условиях труда. Следует иметь в виду, что риск развития профессиональной тугоухости возрастает при высоком уровне производственного шума (третий класс опасности условий труда), длительном стаже работы в «шумовой» профессии (свыше 10-15 лет), отсутствии или неис-

пользовании средств защиты, одновременном воздействии на организм вибрации и некоторых других факторов.

Все эти данные должны быть подтверждены соответствующими документами: санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, выписка из амбулаторной карты, копии трудовой книжки.

Среди различных профессиональных ядов значительное место занимают химические вещества раздражающего действия: хлор, соединения серы, азота, фтора, хрома, бериллия, карбонильные соединения металлов. Несмотря на различный химический состав эти вещества, попадая в дыхательные пути, вызывают острое поражение верхних дыхательных путей – острый токсический риноларинготрахеит, который может сочетаться с поражением кожи, глаз, бронхов. При воздействии пылевого фактора слизистая оболочка носа является первым барьером при попадании в дыхательные пути различных пылевых частиц. Взаимосвязь между изменениями в верхних дыхательных путях и нижележащих отделах органов дыхания крайне велика. Это особенно заметно при аллергических ринитах и профессиональной бронхиальной астме [2, 3].

Целью настоящего исследования было провести анализ профессиональной патологии ЛОР-органов в Гродненской области за период с 2000 по 2015 гг., определить возможные пути профилактики данной патологии.

Материал и методы. Для анализа использовали индивидуальные карты амбулаторных больных (форма № 025/у-93), состоящих на диспансерном учете в областном центре профпатологии, журнал регистрации профессиональных заболеваний, журнал учета и наблюдения больных с профессиональными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. На 1 января 2016 года в областном центре профпатологии было зарегистрировано 360 пациентов с профессиональными заболеваниями. Нейросенсорная тугоухость занимает лидирующую позицию в структуре профессиональной патологии в Гродненской области – 142 (39,4%) случая. На протяжении последних лет заболевание ежегодно диагностировалось у 3-4 работающих в условиях воздействия производственного шума. Наблюдается преобладание мужчин – 126 (88,7%), что обусловлено ограничением труда женщин на рабо-

тах, связанных с воздействием вредных производственных факторов. Большинство пациентов на момент установления диагноза имели стаж работы более 15 лет. Так, среди них стаж работы в шуме составил 16-20 лет у 51 (35,9%), 21-25 лет – у 45 (31,7%), 26 и более лет – у 46 (32,4 %) человек. Представляет интерес анализ сопутствующей патологии со стороны внутренних органов и систем у пациентов, имеющих шум как профессиональную вредность. У 95 (66,9%) пациентов выявлена артериальная гипертензия разной степени выраженности, у 38 (26,8%) – остеохондроз позвоночника, что дает основание отмечать эти заболевания как факторы, утяжеляющие и способствующие прогрессированию нейросенсорной тугоухости.

Особенностью Гродненской области является то, что основными производственными факторами, обуславливающими развитие профессиональной ЛОР-патологии, служат промышленные аэрозоли (сварочная аэрозоль, пыль растительного происхождения – мучная, пыль табака, льна, неорганическая пыль). Кроме того, в составе производственных аэрозолей могут быть различные токсико-химические вещества, аллергены, возбудители инфекционных заболеваний и др. На некоторых производствах один работающий может одновременно подвергаться воздействию нескольких вредных факторов (ОАО «Гродно Азот», ПТК «Химволокно»). Возникновению пылевых болезней органов дыхания в 22 (30,6%) случаях предшествовали поражения верхних дыхательных путей в виде ринофаринголарингита.

Выводы.

1. При предварительном медицинском осмотре перед приемом на работу в условиях воздействия производственного шума обязательным является проведение пороговой аудиометрии. Эта мера способствует выявлению тугоухости перед приемом на работу и может являться фактором отказа в предоставлении работы по данным специальностям ввиду высокого риска быстрого прогрессирования нейросенсорной тугоухости.

2. Профессиональные заболевания верхних дыхательных путей имеют высокий удельный вес среди профзаболеваний в Гродненской области. Частое их сочетание с поражением нижних дыхательных путей обуславливают необходимость ранней диагностики этой патологии на ранних стадиях.

3. Периодические медицинские осмотры работающих в

условиях шума должны проводиться с обязательным участием отоларинголога, невролога, терапевта. Для определения функции слухового анализатора проводят аудиометрию, по показаниям – исследование вестибулярного аппарата.

4. Необходимым условием профилактики профессиональных заболеваний ЛОР-органов является повышение качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров согласно действующему законодательству, а также применение комплексной профилактики, включающей использование индивидуальных и коллективных средств защиты, совершенствование технологического процесса, общеоздоровительные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скепьян, Н.А. Профессиональные заболевания / Н.А. Скепьян, Т.В. Барановская, Л.К. Першай; под ред. Н.А. Скепьяна. – Минск, 2003. – 336 с.
2. Clinical manifestations in patients exposed to an environmental toxic accident / B. Kouassi [et al.] // Rev Mal Respir. – 2015. – Vol. 32, N1. – P. 38-47.
3. Occupational upper airway disease: how work affects the nose / V. Hox [et al.] // Hellings PWAllergy. – 2014. – Vol. 69, N3. – P. 282-291.

СПАЗМОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА

Могильницкая О.Э., Егорова Т.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Эндометриоз представляет одну из наиболее острых проблем современной гинекологии, занимая третье место после воспалительных процессов и миомы матки. Основными клиническими симптомами эндометриоза являются болевой синдром в нижних отделах живота, дисменорея, диспареуния, дисхезия. У женщин с хронической тазовой болью частота заболевания аденомиозом может достигать 35-50%.

Органы малого таза иннервируются симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Активация парасимпатической части приводит к выбросу ацетилхолина и активации М-холинорецепторов гладких мышц, что вызывает их сокращение, которое проявляется в виде болезненного мы-