

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Вместо предисловия: пациент с нарушением слуха на профилактическом медицинском осмотре	7
Глава 1. Профессиональная тугоухость	11
Определение	11
Основные причины и факторы риска потери слуха	11
Глава 2. Диагностика	13
Некоторые аксиомы диагностики профессиональной тугоухости	13
Особенности жалоб	14
Особенности анамнеза	15
Физикальное обследование	16
Лабораторная диагностика	16
Инструментальная диагностика	17
Глава 3. Дифференциальная диагностика	23
Глава 4. Классификация	26
Глава 5. Особенности клинико-аудиологической картины	28
Глава 6. Алгоритм действий врача при постановке предварительного диагноза	32
Глава 7. Алгоритм действий медицинских специалистов при постановке заключительного диагноза	35
Глава 8. Экспертиза профпригодности	41
Глава 9. Основные ошибки действий врача	45
Организационные ошибки	45
Диагностические ошибки	46
Экспертные ошибки	47
Деонтологические ошибки	47
Приложение № 1	49
Приложение № 2	50
Связанные нормативные документы	51
Список литературы	53

ВВЕДЕНИЕ

Искусство медицины состоит из трех элементов:
болезнь, больной и врач.

Гиппократ

Профилактика нарушений состояния здоровья работников, в первую очередь профессиональных заболеваний, является одной из приоритетных задач медицины и службы охраны труда. Правовая основа этой деятельности закреплена Законом Российской Федерации от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Труд работников основных отраслей экономики часто протекает в неблагоприятных производственных условиях, сопровождающихся комплексным воздействием вредных и опасных производственных факторов различной природы и интенсивности. Среди производственных вредностей существенное значение принадлежит шуму. По данным Росстата, на сегодняшний день каждый третий трудящийся России подвергается воздействию производственного шума, превышающего допустимые санитарно-гигиенические нормативы. Наиболее шумоопасными являются горнорудная, металлургическая, легкая промышленность и транспорт. Большая распространенность производственного шума приводит к развитию профессиональных заболеваний органа слуха — нарушению звуковосприятия, проявляющемуся хронической сенсоневральной (нейросенсорной) тугоухостью.

Число первичных случаев профессиональной тугоухости не имеет тенденции к снижению, что обуславливает первое место заболевания в структуре профессиональной заболеваемости работников РФ. Непосредственно через слуховой аппарат поступают различные сигналы, которые имеют охранительное значение для здоровья человека. Потеря человеком слуховой функции всегда тяжело отражается на его психоэмоциональном статусе и может даже привести к развитию дефектов речи и различным психическим нарушениям личности.

В соответствии с требованиями профессионального отбора по слуху значительная часть работников с нарушением слуха признается негодными в своей профессии, пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, где им устанавливаются группа инвалидности и размеры материальной компенсации по потере здоровья от воздействия профессиональных факторов.

Первичные случаи профессиональной тугоухости, как правило, определяют профессиональную непригодность и инвалидность по профессиональному заболеванию, что требует подготовки новых работников зачастую «дорогостоящих» профессий. Работники инвалидизируются в достаточно молодом, трудоспособном возрасте, что составляет очень важные не только медицинский, но и социальный, а также экономический аспекты проблемы диагностики и реабилитации нарушенных слуха.

Медицинский аспект этого заболевания состоит в том, что патологический процесс практически необратим из-за дегенеративных изменений в элементах улитки внутреннего уха, что значительно снижает качество жизни пациента. Социальный аспект определяется развитием профессиональной тугоухости среди трудоспособных работников важных отраслей экономики в далеком от пенсионного возрасте, при этом работодатель теряет высококвалифицированные кадры и вынужден готовить новых специалистов, неся при этом значительные экономические потери.

Основными причинами этой ситуации являются поздняя диагностика, некачественная экспертиза связи заболевания органа слуха с профессией и недостаточная профилактика нарушений слуха.

Вместе с тем следует особо отметить, что на начальных стадиях «шумовых» поражений в звуковоспринимающей системе внутреннего уха можно достаточно успешно замедлить патологический процесс дегенерации в волосковых клетках нейроэпителлия периферического рецептора слухового анализатора, тем самым сохранить слуховую функцию работника и пролонгировать его трудовую деятельность.

Автор надеется, что книга станет наглядным пособием при решении вопросов диагностики и профилактики профессиональной тугоухости как для врачей-оториноларингологов, врачей сурдологов-оториноларингологов, врачей-профпатологов, так и специалистов других профилей, работающих в амбулаторном звене здравоохранения.

Глава 5

Особенности клинико-аудиологической картины

Профессиональная тугоухость развивается медленно, обычно в течение 10–14 лет. Отоскопическая картина нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости шумовой этиологии не имеет характерных признаков, иногда (при комплексном воздействии шума и вибрации) выявляются изменения барабанной перепонки, обусловленные состоянием цепи слуховых косточек среднего уха в виде втяжения, мутности, изменения упругости, инъекции кровеносных сосудов в области рукоятки молоточка, укорочения светового конуса. Для диагностики профессиональной тугоухости большое значение имеют некоторые типичные особенности, выявляемые при аудиометрическом исследовании.

Заболевание характеризуется наличием комплекса типичных клинико-аудиометрических признаков: постепенное, в течение нескольких лет (не менее 8–10 лет) повышение слуховых порогов по типу нарушения звуковосприятия; двусторонняя локализация патологического процесса; отсутствие костно-воздушной диссоциации порогов слуха; нисходящий характер аудиологической кривой с наибольшим повышением слуховых порогов («провала») на частоте 4000 или 3000 Гц; постепенное нарастание повышения слуховых порогов на частотах 1000 и 2000 или 3000 Гц; при стаже работы более 20 лет возможно значительное повышение слуховых порогов на речевые звуковые частоты.

При аудиометрическом исследовании самые ранние, начальные стадии потери слуха, вызванной шумом, характеризуются наличием характерного «провала» (рис. 5.1) на высоких частотах 4000 Гц (реже 3000–6000 Гц) с тенденцией к восстановлению на 8000 Гц.

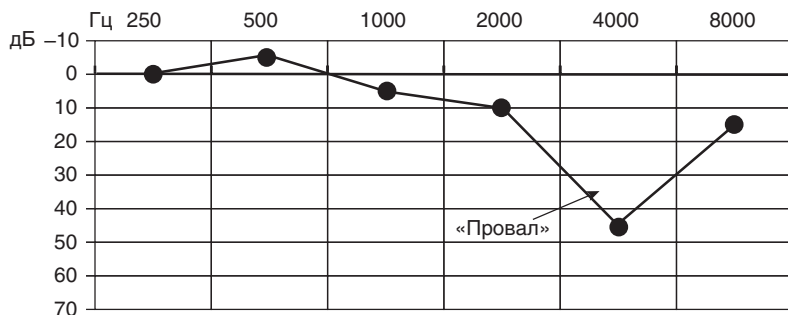


Рис. 5.1. Высокочастотный характерный «провал», типичный для потери слуха, вызванной шумом, на аудиограмме

«Провал» обычно развивается на одной из вышеуказанных частот и при продолжающемся воздействии шума постепенно распространяется на соседние частоты, меняя форму аудиометрической кривой. Степень нарушения слуха постепенно прогрессирует с увеличением стажа работы.

При формировании тугоухости, вызванной не только воздействием шума, но и возрастной потерей слуха либо другими причинами, на аудиограмме формируется не характерный «провал», а пологая «впадина» (рис. 5.2).

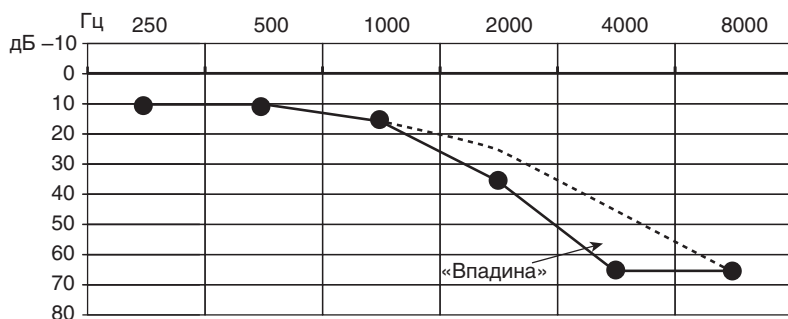


Рис. 5.2. Аудиологическая картина, типичная для потери слуха, вызванной шумом — в сочетании с пресбиакузисом

На рис. 5.3–5.5 представлены примеры аудиограмм различной степени потери слуха при профессиональной нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости.

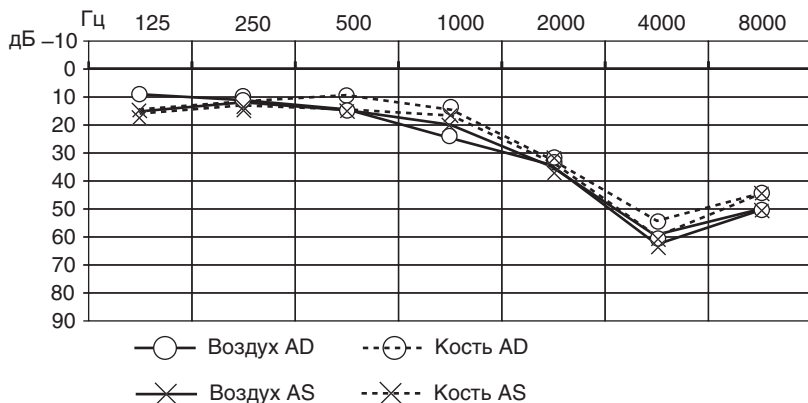


Рис. 5.3. Пример аудиограммы при хронической двусторонней нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости легкой (I) степени потери слуха

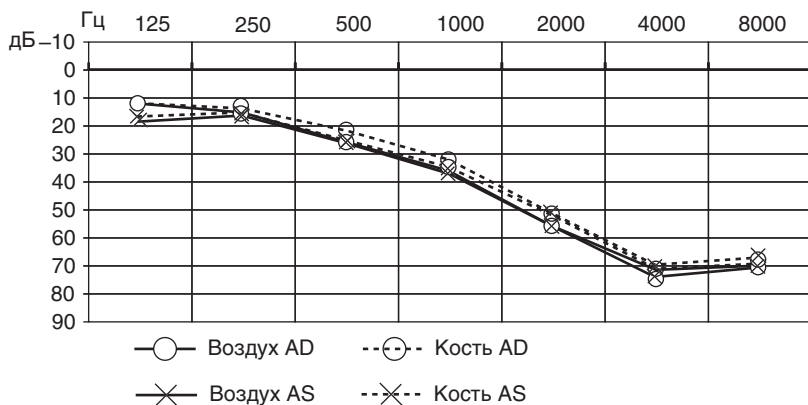


Рис. 5.4. Пример аудиограммы при хронической двусторонней нейросенсорной тугоухости умеренной (II) степени

В клинической картине хронической нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости наблюдаются признаки шумового воздействия со стороны других органов и систем (экстрауральные эффекты), которые на ранних этапах носят функциональный характер. Со стороны

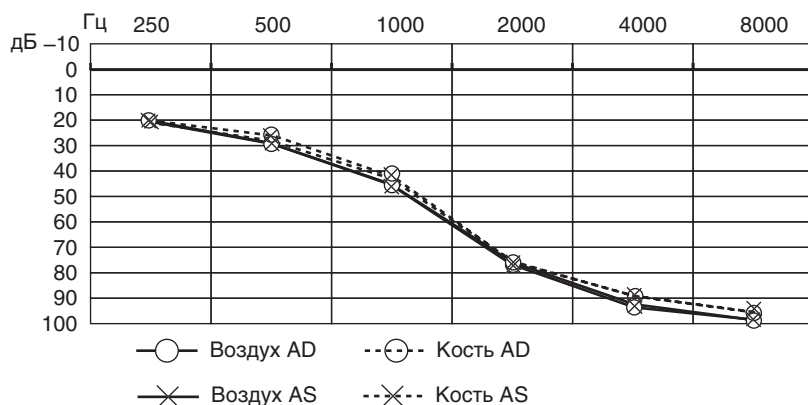


Рис. 5.5. Пример аудиограммы при хронической двусторонней нейросенсорной тугоухости III степени

сердечно-сосудистой системы наблюдаются боли в области сердца, сердцебиение, ухудшение течения гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и т.п. Со стороны нервной системы при осмотре регистрируются повышение или понижение сухожильно-перистоальных рефлексов, тремор пальцев рук, яркий, стойкий дермографизм, акроцианоз, потливость, иногда легкая неустойчивость в позе Ромберга, вегетососудистая дистония. Могут наблюдаться вестибулярные нарушения.