

Г. А. НАРГИЗЯН, А. В. ГРИГОРЯН

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ  
У БУРИЛЬЩИКОВ

Изучены распространенность вибрационной болезни у бурильщиков на различных объектах горнорудной промышленности республики, ее клинические особенности в зависимости от стажа, ведущего клинического синдрома, а также диагностическая ценность отдельных симптомов.

Вибрационная патология за последние годы вышла на одно из первых мест по частоте среди профессиональных заболеваний, чем и обусловлена актуальность ее изучения. Характер вибрационной патологии в зависимости от типа вибрации, производственных особенностей, а также с усовершенствованием условий производства непрерывно меняется. Этим диктуется необходимость периодического изучения основных очагов вибрационной болезни на различных промышленных объектах республики. Изучение клинических особенностей вибрационной болезни и диагностической ценности отдельных симптомов способствует ее раннему распознаванию. Своевременная диагностика, лечение и рациональное трудоустройство приводят к остановке прогрессирования и обратному развитию заболевания. В то же время, как показывает клинический опыт, лечение вибрационной болезни в поздних стадиях является трудной задачей и зачастую бывает малоэффективным.

Под наблюдением находились 57 больных вибрационной болезнью. Все обследованные были бурильщиками (проходчиками) и в процессе работы подвергались воздействию местной широкополосной вибрации с наибольшей интенсивностью в среднечастотной части спектра. В соответствии с общепринятой классификацией больные разделены на группы в зависимости от стадии заболевания и доминирующего клинического синдрома (табл. 1).

Как видно из табл. 1, преобладали легкие, начальные формы вибрационной болезни (I и I — II стадии — 73,6%), не приводящие к снижению трудоспособности. Ангиодистонический синдром наблюдался большей частью в начальных стадиях болезни, а более выраженные изменения в виде вегетативного полиневрита и вегетомиофасцита чаще отмечались во второй стадии.

При сопоставлении стадии заболевания со стажем работы (табл. 2) отмечается их определенная корреляция — с увеличением стажа работы выраженность клинической симптоматики вибрационной болезни возрастает.

Таблица 1

Распределение больных по стадиям заболевания и клиническим синдромам

| Клинический синдром               | Стадия заболевания |      |    |       |
|-----------------------------------|--------------------|------|----|-------|
|                                   | I                  | I—II | II | Всего |
| Ангиодистонический                | 8                  | 14   | 1  | 23    |
| Ангиоспастический                 | 8                  | 9    | 7  | 24    |
| Синдром вегетативного полиневрита | 3                  | —    | 6  | 9     |
| Синдром вегетомиофасцита          | —                  | —    | 1  | 1     |
| Всего                             | 19                 | 23   | 15 | 57    |

Таблица 2

Распределение больных по стадиям заболевания в зависимости от стажа работы

| Стадия заболевания | Стаж (в годах) |      |       |       |          |
|--------------------|----------------|------|-------|-------|----------|
|                    | до 5           | 6—10 | 11—15 | 16—20 | более 20 |
| I                  | 2              | 8    | 6     | 2     | 1        |
| I—II               | —              | 5    | 7     | 9     | 2        |
| II                 | —              | 5    | 3     | 6     | 1        |
| Всего              | 2              | 18   | 16    | 17    | 4        |

Как видно из табл. 2, при стаже работы до пяти лет вибрационная болезнь встречается редко, что согласуется с литературными данными.

Определенный интерес представляет распространение вибрационной болезни на различных объектах горнорудной промышленности республики. Из 57 обследованных больных 26 (45,6%) работали на Кафанском меднорудном комбинате, 14 (24,5%) — в рудниках Туманянского района, 5 (8,8%) — в Азатекской ГРП, 5 (8,8%) — на строительстве тоннеля Арпа—Севан. Остальные 7 человек выполняли бурильные работы на различных промышленных объектах. Приведенные данные, естественно, во многом зависят от производственных условий, удельного веса бурильных работ, особенностей вибрации.

Клиническая картина вибрационной болезни характеризуется в основном ангиодистоническим, ангиоспастическим, а также синдромами вегетативного или вегетативно-сенсорного полиневрита. Частота отдельных симптомов, а, следовательно, и их диагностическая ценность были различны (табл. 3).

Как видно из табл. 3, субъективные и объективные симптомы, типичные для вибрационной болезни, значительно отличаются по частоте, что обусловлено клиническими особенностями вибрационной болезни,

Таблица 3

Частота отдельных симптомов вибрационной болезни (в %)

| Показатели                                              | %    |
|---------------------------------------------------------|------|
| <b>Субъективные данные</b>                              |      |
| Боли в мышцах рук . . . . .                             | 45,6 |
| Онемение рук . . . . .                                  | 84,1 |
| Акропарестезия . . . . .                                | 21,0 |
| Похолодание рук . . . . .                               | 49,1 |
| Побеление кистей, отдельных пальцев . . . . .           | 10,5 |
| Онемение или похолодание стоп . . . . .                 | 12,3 |
| <b>Объективные данные</b>                               |      |
| Снижение чувствительности по дистальному типу . . . . . | 87,7 |
| Равномерное понижение сухожильных рефлексов . . . . .   | 7,0  |
| Акроцианоз . . . . .                                    | 35,1 |
| Гипергидроз ладоней . . . . .                           | 19,4 |
| <b>Капилляроскопия, состояние капилляров</b>            |      |
| Спастическое . . . . .                                  | 50,8 |
| Спастико-атоническое . . . . .                          | 24,5 |
| Атоническое . . . . .                                   | 1,8  |
| Холодовая проба положительна . . . . .                  | 75,4 |
| Рентгенологические изменения костей рук . . . . .       | 14,1 |

вызванной воздействием среднечастотной вибрации. Наиболее часто (87,7%) наблюдалась гипестезия кистей по дистальному типу. Вегетативно-трофические нарушения (акроцианоз, гипергидроз) отмечены нами в 54,5%. В то же время необходимо отметить, что клиническая картина вибрационной болезни даже у одинаковых профессиональных групп имеет свои особенности в зависимости от конкретных условий производства.

Больные получали комплексное лечение, включающее применение медикаментозных (сосудорасширяющие и ганглиоблокирующие препараты, витамины) и физиотерапевтических средств. Больным с I стадией вибрационной болезни после соответствующего лечения была рекомендована работа в комплексной бригаде с совмещением профессий, а больным с I—II и II стадиями — рациональное трудоустройство вне воздействия вибрации.

С целью динамического наблюдения и лечения часть больных (15 чел.) была обследована повторно, из них у 9 человек, рационально трудоустроенных и продолжавших лечение, отмечалось субъективное и объективное улучшение состояния, тогда как у 6 больных, продолжавших работать бурильщиками, несмотря на рекомендации о переводе на другую работу, наблюдалось прогрессирование заболевания.

Գ. Ա. ՆԱՐԳԻՋՅԱՆ, Ա. Վ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ԹՐԹԻՌԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՆՔԱՓՈՐՆԵՐԻ ՄՈՏ

## Ա մ փ ո փ ո ի մ

Ուսումնասիրված են թրթիռային հիվանդության կլինիկական առանձնահատկությունները և տարածվածությունը հանրապետության լեռնահանքային արդյունաբերության տարբեր օբյեկտներում:

Թրթիռային հիվանդությամբ 57 հիվանդների կլինիկական պատկերում առավել արտահայտված են եղել զգացողության և վեգետատիվ նյարդային համակարգի ծայրամասային բաժնի ախտահարումները:

Արձանագրվել են հիմնականում երեք կլինիկական համախտանիշներ՝ դրսևորումներ՝ անդիոդիստոնիայի, անգիոսպազմի և վեգետատիվ պոլիներիտի: