Министерство здравоохранения РФ

Владивостокский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра профессиональных болезней

Зав. кафедрой: проф. Журовская Н.С.

Преподаватель: ассистент Кузьмин А.П.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Больного:** xxx

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основной:** Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.

**Сопутствующий:** ИБС. Стенокардия напряжения. II функциональный класс. Фибрилляция предсердий промежуточной формы. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2ст, 4 ст. риска. ХСН II фк.

###### **Осложнения**: не выявлены

#### Выполнила: студентка 503 гр. л/ф

#### Екимовских М. В.

Владивосток 2012 год.

## Паспортная часть

1. Ф.И.О. xxx

2. Дата рождения: 29. 08. 1952 (60лет)

3. Семейное положение: женат

4. Профессия: трубогибщик

5. Номер страхового полиса:xxx

6. Адрес: г. Владивосток ул. Кипарисова

7. Дата поступления: 10. 12. 2012г.

8. Направлен на плановую госпитализацию ККБ №2

**Жалобы:** больной предъявляет жалобы на ноющие, тянущие боли в кистях, предплечьях, беспокоящие больше по ночам или во время отдыха и сопровождающиеся неприятными ощущениями ползания мурашек, а также он отмечает онемение и зябкость рук, снижение силы в руках.

**Anamnesis morbi.**

Считает себя больным с 2007 года, когда появились первые признаки заболевания: онемение рук, парастезии кистей. При очередном профосмотре выявлены признаки патологии . Впервые в 2010 году был выставлен диагноз:

Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени. Ежегодно с 2010 года проходит лечение в профцентре. За последний месяц состояние ухудшилось, был направлен ККБ №2 на лечение в профцентр.

Последние 2 года работает трубогибщиком, до этого около 30 лет отработал судовым механиком, где ему приходилось постоянно сталкиваться с локальной вибрацие и шумом.

**Anamnesis vitae.**

xxx родился доношенным ребенком. Рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Ходить и говорить начал вовремя; в физическом и психическом плане не отставал от сверстников. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит, утверждает, что болел крайне редко. В школу пошёл в 7 лет, учился удовлетворительно. Закончил 10 классов. Поступил и закончил вуз. Начал работать. В настоящее время материально-бытовые условия удовлетворительные; питание регулярное, полноценное. Одежда и обувь соответствуют сезону, гигиеничны. Перенесенные заболевания и операции: 1967г. – удаление аппендицита.

Эпидемиологический анамнез: в контакт с инфекционными больными не вступал. Укусам насекомых и грызунов не подвергался.

Аллергологический анамнез: не отягощён. Реакции на переливание крови, введение сывороток, вакцин не было. Пищевой аллергии и аллергии на косметические средства не отмечает. На контакт с различными животными, одеждой, шерстью, домашней пылью аллергических реакций не выявлено.

Наследственность: не отягощена

Привычные интоксикации: не курит, употребление спиртных напитков в умеренном количестве; употребление наркотиков и токсических веществ отрицает.

Венерический анамнез: венерические заболевания, гепатит, туберкулёз, СПИД не переносил. Контакты с инфекционными больными за последние 6 месяцев отрицает

**Профессиональный анамнез:**

С 1980 – 2010 - бортовой механиком на корабле.

С 2009 года до настоящего момента – трубогибщик.

На момент работы судовым механиком:

1. Профессиональные вредности: статическое напряжение мышц рук и верхнего плечевого пояса, поднятие тяжестей, наличие высокочастотного шума, локальные вибрации.

2. Шум 91 Дб, максимально до 203 Дб

3. Метеорологические условия: повышенная влажность воздуха, низкие температуры.

4. Режим рабочего дня: вахта 4 часа. 8 часов перерыв. Работа сменная.

5. Средства защиты: верхняя спец.одежда.

6. Регулярность проведения медицинских осмотров: 1 раз в год.

С работой в ночное время справлялся, отпуска предоставлялись своевременно.

На момент работы трубогибщиком:

1. Профессиональные вредности: статическое напряжение мышц рук и верхнего плечевого пояса

2. Режим работы: 8 часовой рабочий день; часовой перерыв на обед; 2 выходных дня.

3. Средства защиты: верхняя спец.одежда.

4. Регулярность проведения медицинских осмотров: 1 раз в год.

5. Отпуск предоставляется своевременно.

**Status preasens.**

***Общий осмотр.***

1. Общее состояние больного: удовлетворительное

2. Сознание: ясное.

3. Положение в постели: активное.

4. Выражение лица: спокойное.

5. Длина тела 179., вес 115 кг. Телосложение правильное. Тип конституции: гиперстеник.

6. Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно, толщина околопупочной складки около 10 см.

7. Кожные покровы:

Кожные покровы бледно-розового цвета, нежирные, сухие. Эластичность и тургор кожи сохранены. Подкожно - жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Ногти блестящие, прозрачные, неломкие, однородного цвета, гладкие. Волосы без особенностей, не секутся.

Все группы лимфатических узлов: затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные у больной не пальпируются.

8.Мышечная система:

Мышечная система развита удовлетворительно, тонус мышц в норме, болезненности при пальпации не обнаружено. Дрожание, тремор отдельных мышц, спастический паралич конечностей, вялый паралич и парезы не отмечаются.

9. Кости не деформированы. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Лопатки расположены симметрично (нижний угол правой лопатки располагается на уровне нижнего угла левой лопатки).

Суставы правильной формы, движения в полном объёме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены.

**Исследование органов дыхания**.

**Осмотр.**

Статический осмотр: форма грудной клетки - гиперстеническая, патологических изменений позвоночника, ассиметрии грудной клетки не отмечается.

Динамический осмотр: обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания, грудной тип дыхания, дыхание ритмичное, по глубине обычное, частота дыхательных движений 16 в минуту. Одышка не отмечается.

**Пальпация.**

Болезненности грудной клетки при пальпации не отмечается. Грудная клетка эластична. Голосовое дрожание равномерно по всем лёгочным полям.

**Сравнительная перкуссия легких**: отмечается ясный лёгочный звук.

**Аускультация лёгких**: при исследовании побочных дыхательных. При аускультативном исследовании бронхофония равномерна по всем лёгочным полям.

**Исследование органов кровообращения**.

**Осмотр** области сердца:

При осмотре области сердца сердечный горб и сердечный толчок не обнаружены. Верхушечный толчок не виден, что соответствует норме.

**Пальпация** области сердца:

При пальпации в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии определяется верхушечный толчок, нормальной силы, высокий. Площадь верхушечного толчка около 2 см. Пальпаторно сердечный толчок и симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется.

**Перкуссия**:

Границы относительной тупости сердца:

- правая граница ОТС находится в 4 межреберье на 0,5 см. кнаружи от правого края грудины;

- верхняя граница ОТС определяется по линии, идущей от левого грудино-ключичного сочленения, и соответствует 3 ребру;

-левая граница ОТС – 5 межреберье на 1,5 см наружи от левой средне-ключичной линии.

Контуры сердечно-сосудистого пучка.

Правый контур – граница проходит справа от грудины и отстоит от передней срединной линии в I, II, III межреберье на 3 см (образована верхней полой веной), а в IV – на 4 см (образована правым предсердием).

Левый контур – граница проходит слева от грудины и отстоит от передней срединной линии в I и II межреберьях на 3 см (в I – образован дугой аорты, а во II – лёгочной артерией), в III межреберье – на 4 см (образован ушком левого предсердия), в IV межреберье – на 6 см, в V – на 8 см (образованы левым желудочком).

Определение абсолютной тупости сердца:

- правая граница АТС соответствует левому краю грудины;

- верхняя границы АТС – 4 межреберье по окологрудинной линии слева от грудины;

- левая граница АТС соответствует левой границы ОТС ( 5 межреберье на 1,5см. кнаружи от среднеключичной линии).

**Аускультация** сердца.

Патологических шумов при аускультации не обнаружено. Тонны приглушены, ритмичны.

Исследование магистральных сосудов крупного и среднего калибра.

При осмотре не отмечается пульсации аорты в области яремной вырезки, сонных артерий, набухание шейных вен и их пульсации. Пальпаторно определяется пульсация сонных артерии (правой и левой) в области переднебоковой поверхности шеи и аорты в области яремной вырезки. Венный пульс отрицательный.

Исследование артериального пульса.

Артериальный пульс ритмичен, одинаков на обеих руках, частота пульса 67 удара в минуту, среднего наполнения и напряжения. Сосудистая стенка эластична и равномерна. Капиллярный пульс отрицательный.

АД на обеих руках: систолическое 140 мм. рт. ст. и диастолическое 80 мм. рт. ст.

**Исследование органов пищеварения и брюшной полости**.

**Осмотр** полости рта:

Слизистые оболочки бледно-розового цвета. Зубы на верхней и нижней челюсти в норме. Язык нормальных размеров, розового цвета, налета и высыпаний не обнаружено. Миндалины не увеличены.

**Осмотр** живота:

Статистический осмотр: при осмотре живота симметриченость сохранена.

Динамический осмотр: живот участвует в акте дыхания, видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника при осмотре не видна, наличие расширенных подкожных вен, грыж и расхождение прямых мышц живота не обнаружено.

**Исследование печени.**

При **осмотре** собственно эпигастральной области и правого подреберье выбухания не наблюдается. Расширение кожных вен и анастамозов, кровоизлияния, сосудистые звездочки в данных областях при осмотре не выявлено.

**Перкуссия** печени:

Верхняя граница печени находится на уровне пятого ребра, в частности по правой окологрудинной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям.

Нижняя граница печени расположена: по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком, по левой реберной дуги – на уровне 8 ребра.

**Пальпация** печени:

Пальпацию проводят по правой передней подмышечной, срединно-ключичной и передней срединной линии, по методу Образцова - Стражескова.

Пальпаторно определяется плотный, закругленный, ровный нижний край печени. Поверхность печени плотная по консистенции, безболезненная, гладкая.

**Органы мочевыделения.**

**Осмотр**: При осмотре поясничной области патологических изменений не выявлено.

**Пальпация**: В горизонтальном и вертикальном положении у данного больного почки не пальпируются. Пальпаторно мочевой пузырь не определяется.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

**Исследование нервно-психической системы.**

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Нарушений памяти, нарушение сна нет. Головные боли, головокружение не беспокоят. Нарушение речи не выявлено. При разговоре общительна, спокойна. Походка нормальная, симптом Ромберга отрицательный. Менингиальные симптомы отрицательны.

***Предварительный диагноз:***

Основной: Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.

**План обследования**

1. Клинический анализ крови
2. Сахар крови
3. Анализ крови на ЭДС, ВИЧ–инфекцию, Нвs-антиген
4. Биохимический анализ крови
5. С.А. С. С. Крови
6. Анализ крови на ревмопробы
7. Общий анализ мочи
8. Кал на яйца глистов
9. Электрокардиография.
10. Вибротестирование
11. Электротермометрия и холодовая проба
12. Реоэнцефалография
13. Реовазография кистей, стоп, предплечий , голеней.
14. Реокардиография.
15. Консультация окулиста.
16. Консультация отоларинголога.

**Предварительное лечение**

1. Режим - палатный.
2. Стол №.15.

**Результаты лабораторных и инструментальных**

**методов исследования.**

1. клинический анализ крови от 11.12.2012г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *показатель* | *данные* | *норма* | *интерпретация* |
| Эритроциты | 4,7 х /л | 4,5-5,1 | норма |
| Гемоглобин | 144 г\л. | 117-161 | норма |
| Лейкоциты | 10,0 х /л | 4,3-11,3 | норма |
| Гематокрит | 45,3% | 40- 54 | норма |
| Тромбоциты | 242 х /л | 200-400 | норма |
| Эозинофилы | 2%. | 0,5-5 | норма |
| Палочкоядерные | 0%. | 1 – 6 | понижен |
| Сегментоядерные | 76%. | 47 – 72 | повышен |
| Лимфоциты | 15%. | 19 – 37 | понижен |
| Моноциты | 7%. | 3 – 11 | норма |
| СОЭ | 5 мм\ч. | менее 15 | норма |

1. Анализ крови на сахар от 11.12.2012г.:

Сахар крови – 5,1ммоль/л (N = 3,3-5,5ммоль/л )

1. Анализ крови на ЭДС, ВИЧ–инфекцию, Нвs-антиген – отрицателен
2. Биохимический анализ крови от 11.12.2012г:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *показатель* | *данные* | *норма* | *интерпретация* |
| мочевина | 6,13 м моль/л | 2,50-8,33 | норма |
| креатинин. | 135 мкмоль/л | 62-132 | повышен |
| холестерин | 8,26 ммоль /л. | 3,0-6,3 | повышен |

1. С.А. С. С. Крови от 13.12.2012г:

Протромбиновое время- 18 сек. (N = 11-16сек.)

Протромбиновый индекс-88%(N = 80-110%)

Фибриноген 3,33 г/л. (N = 2-4г/л)

1. Анализ крови на ревмопробы от 12.12.2012г:

Сиаловые кислоты 3,3 мм/л

Серомукоид 0,29 ед.

СРБ 36,0 мг,л

1. общий анализ мочи от 11.12.12:

Цвет – соломенно – желтый.

Прозрачность –мутная.

Удельный вес – 1013 (1020-1026).

Реакция –кислая.

Белок – отрицательный .

Сахар – отрицательный.

Эпителий переходный – 1-4-0 в п/зр.

Эпителий плоский – 1-0-1 в п/зр.

Лейкоциты – 6-8-12. в п/зр.

Эритроциты – 4-5-3 в п/зр.

1. Кал на яйца глистов : яйца глистов не обнаружены.
2. Электрокардиография от 11.12.12:

Заключение: фибрилляция предсердий , ближе к тахисистолической фибрилляции. Единичная желудочковая экстрасистола. Изменения левого желудочка.

1. Вибротестирование от 11.12.12:

Заключение: пальцы правой кисти- незначительно снижено ВИ на средних и высоких частотах, пальцы левой кисти- незначительно снижено ВИ на высоких частотах.

1. Электротермометрия и холодовая проба от 11.12.12:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До охлаждения | | После охлаждения | | | | | |
| справа | слева | справа | | | слева | | |
| 1 | 20 | 40 | 1 | 20 | 40 |
| 1-й п. | 31,6 | 31,2 | 16,0 | 29,4 | 30,2 | 116,0 | 28,4 | 29,8 |
| 4-й п. | 30,4 | 30,2 | 16,0 | 28,8 | 30,0 | 116,0 | 27,6 | 28,8 |

1. РЭГ(11.12.12):

Фоновая запись в покое :

Объемное пульсовое давление кровенаполнение снижено во всех бассейнах(Fms на 63%, Fmd на 53%, Oms на 62%, Omd на 48%).

Тонус магистральных артерий снижен в бассейне правой позвоночной артерии, в пределах нормы во всех бассейнах слева и в бассейне правой внутренней сонной артерии.

Тонус крупных артерий повышен в бассейне внутренних сонных артерий, в пределах нормы в бассейне позвоночных артерий.

Тонус средних и мелких артерий повышен в бассейне внутренних сонных артерий, в пределах нормы в бассейне позвоночных артерий.

Периферическое сосудистое сопротивление повышено в бассейне правой позвоночной артерии, снижено в бассейне правой внутренней сонной артерии и в бассейне левой позвоночной артерии, в пределах нормы в бассейне левой внутренней сонной артерии.

Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока.

1. РВГ (предплечье-кисть) (11.12.12): ,

Фоновая запись в покое :

Вo всех сегментах магистральный тип кровообращения.

Объем кровотока снижен в предплечьях на 45%, в кисти слева на 10%, достаточен в кисти справа. Во всех сегментах время распространения пульсовой волны укорочено. Вo всех сегментах признаки нормального тонуса артерий. Во всех сегментах признаки нормальной эластичности сосудов.

В предплечьи справа признаки облегчения венозного оттока, в кистях и в предплечьи слева признаки нормального венозного оттока.

РВГ (голень-стопа):

Фоновая запись в покое.

Bo всех сегментах магистральный тип кровообращения.

Объем кровотока умеренно снижен в голени слева на - 10% и в стопе справа до - 10% , достаточен в стопе слева и в голени справа.

Слева признаки повышения тонуса артерий, справа признаки повышения тонуса крупных артерий. В голенях признаки снижения эластичности сосудов, в стопах признаки нормальной эластичности сосудов.

Во всех сегментах признаки понижения тонуса вен.

Во всех сегментах признаки нормального венозного оттока.

1. РКГ (кубичек) от 11.12.12:

Фоновая запись в покое.

Гемодинамическая ситуация у данного пациента характеризуется сниженным ударным (УИ = 9,32 ; N = ) и сердечным (СИ= 0,68; N =1,90 -3,60 л/(мин\*м\*м) ) индексом, снижением преднагрузки (КДДЛЖ= 7,71; N=9-12 мм.рт.ст. )и повышением постнагрузки (УПС= 157, N= 22-55 у.е.). Яремная скорость выброса снижена (ОСВ = 87, N = 190-390 мл/с).

Данные параметры регистрируются на фоне артериальной гипертензии 1 степени (САД=140, ДАД=80 ) и нормосистолии (ЧСС= 73 , N= 60-90 уд.мин.).

Резюме : тип гемодинамики : Гипокинетический(СИ=0,68; N =1,90 -3,60 л/(мин\*м\*м) )

Периферическое сосудистое сопротивление повышено (УПС= 157, N= 22-55 у.е.).

Выход энергии нерационален ( Крац= 0,06; N=0,04 -0,05 Вт/мл).

Функция левого желудочка снижена (ОСВ=87, N = 190-390 мл/с).

1. Консультация окулиста (13.12.12): бес потологии.
2. Консультация ЛОР-сурдолога (13.12.12): искривление перегородки носа. Возрастная тугоухость.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Основные клинические особенности течения и синдромы | Вегетосенсорная полинейропатия | Болезнь Рейно | Сирингомиелия | Миалгии,  миозиты,  плекситы |
| Зависимость от профессии | Зависит | Не зависит | Не зависит | Зависят |
| Общие расстройства | Характерен поли-невритический синдром с расстройством вибрационной, болевой чувствите-льности и ангио-спазм перифери-ческих сосудов | Характерен выраженный ангиодистони-ческий синдром периферических сосудов с нали-чием асфиксии тканей. Переход в гангрену | Начинается исподволь. Медленно прогрессирует. Характерны сегментарные расстройства чувствительности. Атрофии, парезы, параличи | Болезнен-ность при пальпации определён-ных мышц и точек. Своеобра-зие рас-стройств чувствите-льности при пле-кситах, нет ангиоспаз-ма перифе-рических сосудов |
| Приступы побеления пальцев | Выражены локально на одной руке, обеих руках или ногах (в зави-симости от формы заболевания) | Выражены значительно на верхних и нижних конечностях | Нет | Нет |
| Расстройства чувствите-льности:  вибрационной | Практически всегда | Нет | В редких случаях | В редких случаях |
| болевой | По полиневритическому типу | В редких случаях | По сегментарному типу | При плекситах в области сплетения |
| температур-ной | В выраженных стадиях заболевания | Не изменена или изменена не резко | Значительное выпадение по сегментарному типу | Нет |
| тактильной | Изменена | Как правило, не изменена | Не изменена | Снижена |
| Нарушение трофики | Выражено | Выражено в зависимости от стадии | Выражено в зависимости от стадии | Выражено в зависимости от стадии |

Как видно из таблицы вегетосенсорную полинейропатию необходимо дифференцировать от других заболеваний непрофессиональной этиологии: болезни Рейно, сирингомиелии и т.д. В нашем случае у больного четко установлена связь заболевания с профессией. Кроме того, установлен комплекс профессиональных факторов, воздействие которых и привело к развитию болезни. К ним относятся: локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук.

У пациента наблюдается полиневритический синдром с расстройством вибрационной и болевой чувствительности кистей. При болезни Рейно наблюдаются выраженные сосудистые нарушения, распространяющиеся на все конечности и не сочетающиеся с сегментарными расстройствами чувствительности. При сирингомиелии возникают выраженные нарушения двигательной сферы (у больной двигательных нарушений нет), а также наблюдается ранее выпадение сухожильных рефлексов наряду с пирамидной симптоматикой (у больного карпорадиальные рефлексы не выпали). Для сирингомиелии характерно развитие артропатий и бульбарных расстройств, у больного данная патология не наблюдается.

Дифференцировать вегетосенсорную полинейропатию необходимо и от таких заболеваний, как невриты и плекситы. Следует иметь в виду, что при невритах и плекситах нарушение чувствительности имеет иной характер; не обязателен ангиоспазм, выявляются характерные болевые точки. Миозиты отличаются от вегетосенсорной полинейропатии острым началом, отсутствием расстройств чувствительности и тем, что они хорошо поддаются лечению.

**Обоснование диагноза**

Учитывая характер профессиональной деятельности больного: имел постоянный контакт с вибрацией, физическим перенапряжением в течении 30 лет. Его жалобы на ноющие, тянущие боли в кистях, предплечьях, беспокоящие больше по ночам или во время отдыха и сопровождающиеся неприятными ощущениями ползания мурашек, а также онемение и зябкость рук, снижение силы в руках.

На основании данных инструментального обследования : вибротестирование (пальцы правой кисти- незначительно снижено ВИ на средних и высоких частотах, пальцы левой кисти- незначительно снижено ВИ на высоких частотах), можно поставить диагноз вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.

Диагноз ИБС. Стенокардия напряжения. II ФК ставится на основании жалоб на одышку при подъёме на 3 этаж, приглушённость сердечных тонов при аускультации, изменение левого желудочка на ЭКГ.

Гипертоническая болезнь 3 стадия ставится на основании данных: повышение АД до 170/130 мм рт ст.

Наличие факторов риска – избыточный вес, мужской пол, возраст.

При аускультации- приглушенные сердечных тонов сердца.

По данным ЭКГ (заключение: фибрилляция предсердий , ближе к тахисистолической фибрилляции. Единичная желудочковая экстрасистола. Изменения левого желудочка) ставим диагноз Фибрилляция предсердий промежуточной формы.

Изменение на экг, одышка при умеренной нагрузке говорят о ХСН 2 фк.

Заключительный диагноз: **Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.**

Сопутствующий: **ИБС. Стенокардия напряжения. II функциональный класс. Фибрилляция предсердий промежуточной формы. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2ст, 4 ст. риска. ХСН II фк.**

Лечение:

1. Режим - палатный.
2. Стол №.15.
3. Никотиновая кислота по 0,0125г 2 раза в сутки внутрь
4. Витамин В6 и В1по 1мл в\м чз день
5. Трентал по 100мг 2 раза в день
6. Массаж
7. ЛФК
8. Физиопроцедуры

**Список литературы.**

1. Лекарственные средства. Машковский М.Д. -М.:ООО «Издательство Новая Волна», 2005.

2. Профессиональные болезни: учебник. Косарев В. В ., Бабанов С.А. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010.

3. Национальное руководство по Профессиональной патологии. Измеров Н.Ф. - М.: ГЭОТАР - Медиа 2011.

Министерство здравоохранения РФ

Владивостокский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра профессиональных болезней

Зав. кафедрой: проф. Журовская Н.С.

Преподаватель: ассистент Кузьмин А.П.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Больного:** Шикота Александра Антоновича

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основной:** Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.

**Сопутствующий:** ИБС. Стенокардия напряжения. II функциональный класс. Фибрилляция предсердий промежуточной формы. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2ст, 4 ст. риска. ХСН II фк.

###### **Осложнения**: не выявлены

#### Выполнила: студентка 503 гр. л/ф

#### Кодочигова К.А.

Владивосток 2012 год.

Министерство здравоохранения РФ

Владивостокский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра профессиональных болезней

Зав. кафедрой: проф. Журовская Н.С.

Преподаватель: ассистент Кузьмин А.П.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Больного:** Шикота Александра Антоновича

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основной:** Вегето – сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей, умеренной степени.

**Сопутствующий:** ИБС. Стенокардия напряжения. II функциональный класс. Фибрилляция предсердий промежуточной формы. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2ст, 4 ст. риска. ХСН II фк.

###### **Осложнения**: не выявлены

#### Выполнила: студентка 503 гр. л/ф

#### Ли В.Ч.

Владивосток 2012 год.