# ***Паспортная часть***

**Ф.И.О.**

**Дата рождения:** 07.02.1949 г.р.

**Возраст:** 64 года

**Место жительства:** г. Харьков

**Место работы:** в настоящее время не работает; инвалид 3 гр. 50% утраты трудоспособности

**Кем направлен:** поликлиника № 18

**Диагноз при направлении:** Кониотуберкулез. Силикоз 1 ст. sp\sp 2\2. ОНТБ (10.01.01) фибринозно-очаговые изменения верхней доли справа. Хронический бронхит. Гипертоническая болезнь 2 ст.

# ***Профессиональный анамнез***

Трудовая деятельность началась с 1966 года. Общий стаж 27 лет. Работала в 2-х организациях, сменила 4 профессии. Из них: - с 1966 по 1970 гг. работала разнорабочей на з-де "ЭТМ". В течении 22 лет имела контакт с металлосодержащей пылью. Земледел 5 л., уборщица, 9л. - разнорабочей, 7 л. Дежурная по цеху. Контакта с металлосодержащей пылью во всех профессиях, кроме 5 лет работы земледела. Рабочий день 8 часов, перерыв 1 час. При условиях работы на организм рабочего оказывает влияние шум от холодно-выточных автоматов и пыль электрокорунда при заточке инструментов и пруткового материала. Контакт с шумом и пылью - практически весь рабочий день, уровень обоих факторов превышал предельно допустимые в несколько раз.

**Профессиональный маршрут**

1966 - 70гг. з-д "ЭТМ" разнорабочая

- 75гг. з-д "ХТЗ" земледел

- 82гг. з-д "ХТЗ" уборщица

- 87гг. з-д "ХТЗ" разнорабочая

- 91гг. з-д "ХТЗ" разнорабочая

- 94гг. з-д "ХТЗ" проф. заболевание - уборщица

- 2001гг. з-д "ХТЗ" дежурная

С 2001 года не работает

Общий трудовой стаж 27 лет

# ***Санитарно-гигиеническая оценка труда***

По санитарно-гигиеническим нормам шум и запыленность являются вредными факторами, которые влияют на развитие профессиональных заболеваний.

ПДК запыленности при условии работы данной пациентки должно быть в пределах 2 мг/м3, а шума 65 - 70 дБА.

При проведении санитарно - гигиенической оценки условий труда даннай пациентки было установлено что, запыленность рабочего места составляет 9 - 14 мг/м3, а шум 85 - 96 дБА.

Таким образом можем сказать, что рабочее место не соответствует санитарно-гигиеническим нормам, уровень вредных факторов превышает предельно допустимые нормы в несколько раз.

# ***Жалобы***

Пациентка жалуется на удушье в течении дня, до 3 раз в день, сухой кашель в ночное время, иногда и днем, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плече и лопатку, часто не связанную с физической нагрузкой, продолжительностью 5 - 10 мин, после приступа отмечает онемение левой кисти. Также предъявляет жалобы на частые отрыжки, изжоги через 10 мин после еды, сухость и горечь во рту, редкие рвоты желчью.

# ***Анамнез заболевания***

Больной считает себя в течении последних 22 года, когда появились приступы кашля. В начале заболевания за врачебной помощью не обращалась. В 1992 году, после очередного проф. осмотра была направлена в туберкулезный диспансер, однако диагноз туберкулеза не подтвердился. За врачебной помощью более не обращалась. В клинику профпатологии поступила в мае 1994 года впервые для уточнения диагноза и установления связи заболевания с производством. В результате обследования было установлено что заболевание развивалось постепенно. Было проведено инструментальное и лабораторное исследование больная была направленна на МСЭК где поставили 3 группу инвалидности, 50% утраты трудоспособности. До 2001 года продолжала работать на вредном производстве. Состояние постепенно ухудшалось, наблюдалась в институте труда и профессиональных заболеваний харьковского национального медицинского университета. В данный момент поступила с ухудшением состоянием и появлением выше указанных жалоб, для дальнейшего исследования и уточнения диагноза.

# ***Анамнез жизни***

Родилась в 1949 г. в Харьковской области, в многодетной семье. В физическом и интеллектуальном развитии отклонений не было. Закончила 8 классов школы, начала работать.

В разводе, имеет двоих взрослых детей. Живёт в 2-х комнатной квартире, социально-бытовые условия оценивает, как нормальные. Конфликтов в семье и на работе нет. Питание достаточное, регулярное. Особых диет не придерживается. Перенесённые заболевания: ОРЗ болеет часто, хронический обструктивный бронхит с 1992 г.

кониотуберкулез анамнез диагноз

Наследственность: Со слов больной, родители и близкие родственники сходных по клинике и этиологии заболеваний не имеют.

Вредные привычки: исключает.

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции в виде кожной сыпи, приступов удушья и отёков отрицает.

Эпидемиологический анамнез: Гепатит в детстве; туберкулёзом и другими инфекционными, в том числе венерическими, заболеваниями отрицает. ВИЧ не инфицирована. Контакт с ВИЧ инфицированными и инфекционными больными отрицает. С больными животными контакт отрицает. В течении жизни гемотрансфузий не проводилось. За последние 6 месяцев инъекций не делалось. Последние 6 месяцев за пределы области не выезжала.

# ***Данные объективного исследования***

**praesens universalis:**

При общем осмотре: Состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица и глаз доброжелательное. Телосложение астеническое. При осмотре кожных покровов кожа желтушная, сухая, теплая на ощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, на передней поверхности грудной клетки и спине имеются пигментации в виде "веснушек", кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи понижен. При осмотре видимые слизистые оболочки бледно-розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский, волосы черные с проседью, блестящие. Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные, исчерченности и ломкости ногтей нет. При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно, отеков нет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций остальных костей нет, кости при надавливании и поколачивании безболезненны

# ***Состояние по органам и функциональным системам***

**Система дыхания:**

Грудная клетка эмфизематозной формы, западений, выбуханий нет, надключичные и подключичные ямки невыраженные. Эпигастральный угол меньше 90 градусов. Дыхание через нос, свободное, грудного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 18 дыхательных экскурсий в минуту. Небольшая одышка смешанного характера. Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ширины. При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла, равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки широкие. При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и точной пальпации безболезненна. Ощущения шума трения плевры нет. Голосовое дрожание ослаблено.

При топографической перкуссии 0\:

Границы правого лёгкого:. parasternalis: верхний край 6-го ребра.. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

l. axillaris anterior: 7-е ребро. axillaris media: 8-е ребро. axillaris posterior: 9-е ребро. scapularis: 10-е ребро

l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Границы левого лёгкого:

l. axillaris anterior: 7-е ребро

l. axillaris media: 9-е ребро. axillaris posterior: 9-е ребро. scapularis: 10-е ребро. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади - на уровне VII шейного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих лёгких по l. axillaris media составляет 5 см.

Ширина перешейков полей Кренинга - 7 см справа и слева.

Симптом Штернберга и Потенжера отрицательный.

При сравнительной перкуссии над нижними отделами лёгких определяется коробочный звук. Над остальной поверхностью лёгких - -определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается жёсткое дыхание. Выслушиваются единичные сухие хрипы.

**Система кровообращения:**

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, разлитой, площадь 3 см. Пульсация аорты, легочного ствола отсутствует.

Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и "систолического дрожания" над аортой отсутствуют. При перкуссии границы относительной сердечной тупости: правая - у правого края грудины, верхняя - в 3 межреберье слева от грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Поперечник относительной сердечной тупости - 17 см Талия сердца сглажена. При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости: правая - у левого края грудины, верхняя - в 4-м межреберье, левая на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости. При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушены, имеется небольшой акцент 2-го тона над аортой. Раздвоения тонов, шума трения перикарда нет. При пальпации сосудов шеи, височных, в надчрев ной области извилистости, набухания, узловатости нет,"симптом червя" отсутствует. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 68 уда ров в минуту, твердый, полный, большой по величние, обычный по форме. При измерении артериальное давление 130/90 мм рт. ст.

**Система пищеварения и органы брюшной полости:**

При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет. При осмотре полости рта слизистые розового цвета, язвочек нет, запах изо рта отсутствует. Яэык розовый, влажный, необложенный, сосочки языка выражены умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям, дрожания и девиации высунутого языка нет. В ротовой полости имеются кариозные и пломбированные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости, разрыхленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболезненное. При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чистая.

Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. При глубокой скользящей методической пальпации по Обрзцову-Стражеско в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: безболезненная, плотно-эластической консистенции, с ров ной поверхностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см; в правой подвздошной области определяется слепая кишка: безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит, подвижна, диаметром 3 см. Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого, безболезненного валика на 2 см выше пупка. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 11,5 см по правой окологрудинной линии - 9 см по правой реберной дуге - 7 см При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва, акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка безболезненны. При перкуссии живота укорочения перкуторного звука нет. Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательны. Видимого на глаз увелечения селе зенки нет. При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке слева укорочения перкуторного звука нет. При пальпации селезенка не определяется. При топографической перкуссии селезенка занимает область 9,10,11 ребер.

**Мочеполовая система** При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При по верхностной пальпации болезненность не определяется. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны. Мочеиспускание безболезненное.

**Нервная система:**

Больная сдержана, к окружающему миру относится с интересом, способность сосредоточения сохранена, общительна, ориентируется во ни и пространстве, страдает бессонницей, особенно после эмоциональной нагрузки днем, головокружений, обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических рефлексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохранены. Зрение, обоняние в норме.

Слух понижен. Нарушений вкуса нет.

**Предварительный диагноз:**

Силикоз I ст. Хронический бронхит. Гипертоническая болезнь II ст.

Диагноз поставлен на основании:

жалоб на удушье в течении дня, до 3 раз в день, сухой кашель в ночное время, иногда и днем, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плече и лопатку, часто не связанную с физической нагрузкой, продолжительностью 5 - 10 мин, после приступа отмечает онемение левой кисти.

анамнеза - течение процесса долгое (> 20лет) Больной считает себя в течении последних 22 года, когда появились приступы кашля. В начале заболевания за врачебной помощью не обращалась. В 1992 году, после очередного проф. осмотра была направлена в туберкулезный диспансер, однако диагноз туберкулеза не подтвердился. За врачебной помощью более не обращалась. В клинику профпатологии поступила в мае 1994 года впервые для уточнения диагноза и установления связи заболевания с производством. В результате обследования было установлено что заболевание развивалось постепенно. Было проведено инструментальное и лабораторное исследование больная была направленна на МСЭК где поставили 3 группу инвалидности, 50% утраты трудоспособности. До 2001 года продолжала работать на вредном производстве. Состояние постепенно ухудшалось, наблюдалась в институте труда и профессиональных заболеваний харьковского национального медицинского университета. В данный момент поступила с ухудшением состоянием и появлением выше указанных жалоб, для дальнейшего исследования и уточнения диагноза

профессионального маршрута - Трудовая деятельность началась с 1966 года. Общий стаж 27 лет. Работала в 2-х организациях, сменил 4 профессий. Из них: - с 1966 по 1970 гг. работала разнорабочей на з-де "ЭТМ". В течении 22 лет имела контакт с металлосодержащей пылью. Земледел 5 л. уборщица, 9л. - разнорабочей, 7 л. Дежурная по цеху. Контакта с металлосодержащей пылью во всех профессиях, кроме 5лет работы земледела. Рабочий день 8 часов, перерыв 1 час. При условиях работы на организм рабочего оказывает влияние шум от холодно-выточных автоматов и пыль электрокорунда при заточке инструментов и пруткового материала. проанализировав и изучив данные профессионального маршрута которые свидетельствуют что пациентка не один год работала в условиях тяжелого труда объективных данных (см. status praesens и системы органов дыхания и кровообращения)

# ***План обследования***

1. Клинический анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Биохимический анализ крови.

. Анализ мокроты.

. RW.

. Анализ кала на я/глист.

. ЭКГ.

. Rg грудной полости.

. Исследование функции внешнего дыхания.

. Консультация невропатолога.

. Консультация фтизиатра.

. Консультация отоларинголога.

. УЗИ органов брюшной полости

# ***Данные дополнительных методов исследования***

. Клинический анализ крови.- 150 г/л

Эритроциты - 4,9 \*10 \*12 0 г/л

Цветной показатель - 0.9

Лейкоциты - 6.4 \* 10 59 0 г/л

Палочки - 4%

Сегменты - 58%

Эозинофилы - 0%

Лимфоциты - 33%

Моноциты - 5%

СОЭ - 5 мм/час

Заключение: умеренный эритроцитоз, другие показатели в пределах физиологической нормы

. Общий анализ мочи.

Количество - 100 мл

Цвет - светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1024

Белок - нет

Сахар - нет

Лейкоциты - ед. в поле зрения

Заключение: все показатели в пределах физиологической нормы

. Биохимический анализ крови.

Общий белок - 70.7 г/л

АЛГ - 0.5

АСТ - 0.4

Общий биллирубин - 10.3 мкмоль/л

Сахар - 5.2 ммоль/л

Мочевина - 5.1 ммоль/л

Креатинин - 0.08 ммоль/л

Холестерин общий - 5.2 ммоль/л

Заключение: все показатели в пределах физиологической нормы

. RW. отрицательно

. Рентгенография органов грудной полости.

Инфильтративных изменений не выявлено. Лёгочный рисунок усилен и деформирован по сетчатому типу, преимущественно в нижних отделах. Слева в среднем лёгочном поле единичные фибринозно - очаговые тени 0.3см в диаметре, плотные, чётко очерченные. Корни неструктурные, нерасширенные, с включениями извести. Синусы свободные. Тень средостения без особенностей.

. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 67 в мин., электрическая ось сердца нор-

мального положения. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

. УЗИ брюшной полости: гепатомегалия с диффузным изменением паренхимы. Хронический калькузезный холецистит. Фибротические изменения поджелудочной железы.

# ***Дифференциальная диагностика***

Клиническая картина наблюдаемая нами и нашей пациентки, а именно:

жалобы: на удушье в течении дня, до 3 раз в день, сухой кашель в ночное время, иногда и днем, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плече и лопатку, часто не связанную с физической нагрузкой, продолжительностью 5 - 10 мин, после приступа отмечает онемение левой кисти. Также предъявляет жалобы на частые отрыжки, изжоги через 10 мин после еды, сухость и горечь во рту, редкие рвоты желчью. Данные объективных и инструментальных методов могут свидетельствовать о таких заболеваниях как:

) С саркоидозом.

При саркоидозе у больных выражены внелегочные признаки: поражение наружных и внутрибрюшных лимфоузлов, кожи, опорно-двигательного

аппарата. Заболевание начинается остро, с появления лихорадки, артралгии, узловой эритемы с последующим развитием медиастинальной

лимфоаденопатии. В крови лейкопения и моноцитоз, эффективна глюко-

кортикостероидная терапия. На R-o - грамме значительное увеличение внутригрудных лимфоузлов, имеющих полициклические контуры, типичны интерстициальные изменения сетчатого характера с полиморфными мелкоочаговыми тенями в прикорневых зонах легких. Общими симптомами двух заболеваний являются кашель и одышка. Но и имеются следующие отличия В нашем случае течение процесса вялое, не поддается АБ-й терапии, рентгенологическая картина и картина крови также не укладываются в схему предположенного заболевания. Следовательно - наше предположение верно.

) С диффузным фиброзирующим альвеолитом. Общими симптомами данных заболеваний являются кашель, возникающий больше в ночное время. Но и имеются следующие различия:

В этом случае характерна быстро возникающая прогрессирующая одышка, которая предшествует развитию рентгенологических изменений в легких, больных беспокоят чувство стеснения в груди, небольшой кашель, цианоз, "барабанные" пальцы. В крови - эозинофилия, повышено СОЭ. На рентгенограмме - интерстициальные изменения и узелковые тени, которые расположены преимущественно в нижних отделах. Таким образом - в совокупности признаков наблюдаются отличия от нашего случая.

Проведенный дифференциальный диагноз позволяет исключить такие заболевания саркаидоз и диффузный фиброзирующий альвеолит и остановиться на диагнозе Силикоз

# ***Обоснование окончательного диагноза***

На основании санитарно-гигиенической характеристики условий труда:

с 1966 г. Работает в среде где основными вредными факторами являлись запыленность и шум.

в 1991-1994 гг. - впервые появились жалобы на кашель и одышку, возникающие при незначительной физической нагрузке (переодевание, мытьё в душе) или в горизонтальном положении. Кашель проходит самопроизвольно. Из анамнеза: был поставлен диагноз силикоз I, больная получил III группу инвалидности и 50% утраты трудоспособности заболевание началось постепенно 22 года назад с невыраженного кашля с редким отделением слизистой мокроты, позже присоединилась одышка.

Из объективного осмотра - при сравнительной перкуссии над нижними отделами лёгких определяется коробочный звук при топографической перкуссии снижена подвижность лёгочного края, при аускультации - жёсткое дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы данных дополнительного исследования: инфильтративных изменений не выявлено. Лёгочный рисунок усилен и деформирован по сетчатому типу, преимущественно в нижних отделах. Сперва в верхнем лёгочном поле единичные фибринозно-очаговые тени 0.3 см в диаметре, плотные, чётко очерченные. Корни неструктурные, нерасширенные, синусы свободные. Можно сформулировать основное заболевание 0: Силикоз I степени,sp\sp, 2/2 фибринозно очаговые изменения верхней доли справа.

На основании жалоб - на сильный сухой кашель в ночное время, иногда днем анамнеза - в 1994 г. больной поставлен диагноз - хронический обструктивный бронхит объективного осмотра 0 - при аускультации: жёсткое дыхание и единичные сухие хрипы можно сформулировать осложнение основного заболевания: Хронический обструктивный бронхит, фаза ремиссии.

Также имеются сведения а наличии у пациентки гипертонической болезни 2 ст. при обследовании этот диагноз подтвердился

И это позволяет нам выставить ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: основное заболевание: Кониотуберкулез. Силикоз I ст. sp/ sp фибринозно-очаговые изменения. Осложнения: Хронический обструктивный бронхит в фазе ремиссии.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст, стабильная стенокардия СН2А. Хронический калькулезный холецистит.

# ***Лечение и профилактика***

Режим полупостельный

Диета № 15

Лечение силикоза. (Лечебно - профилактические мероприятия)

. Тепловлажные щелочные и соляно - щелочные ингаляции, можно в виде электроаэрозолей. Применять 2% раствор гидрокарбоната натрия, один сеанс в сутки продолжительностью 5-7 минут при температур аэрозоля 38-40; на курс 15-20 сеансов. Можно использовать щелочные и кальцевые минеральные воды.

. Физиотерапевтические методы: облучение грудной клетки ультрафиолетовыми лучами и электрическим полем высокой частоты, что повышает сопротивляемость организма и усиливает лимфо- и кровоток в малом круге.

УФО один раз в зимний период через день, на курс 20 сеансов.

. Дыхательная гимнастика для улучшения дыхательной функции и элиминации депонированной пыли.

. В качестве отхаркивающего средства:

Rp: Herbae Thermopsidis 0.01

Natrii hydrocarbonatis 0.25. t. d. N.10 in tab.

S. По 1 таблетке 4 раза в день.

Sol. Pyridoxini 5% -1 ml, в/м,

Общеукрепляющая терапия.

. Рекомендовано соблюдать диету с пониженным содержанием жиров, отдавать предпочтение нежирному мясу, молочным и растительным продуктам.

. Рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1.0

D. t. d. N.20 in amp.. Вводить внутримышечно по 1 мл.

#.: Sol. Thiamini bromidi 6% 1.0. t. d. N.20 in amp

S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1 раз в день.

#.: Sol. Pyridoxini 25% 1.0. t. d. N.20 in amp

S. Вводить внутримышечно по 1 мл.

# ***Дневники наблюдений***

**.09.13**

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на кашель, одышку, головную боль. Сознание ясное. Кожные покровы бледно - розового цвета. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Диурез сохранен. Пульс 78уд/мин. ЧДД 18 в мин.

Назначения по листу назначений.

**13.09.13**

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на кашель, головную боль. Сознание ясное. Кожные покровы бледно - розового цвета. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Диурез сохранен. Пульс 76уд/мин. ЧДД 18 в мин.

Назначения по листу назначений.

**14.09 - 15.09.13**

Наблюдение дежурного медперсонала

**16.09.13**

Состояние больной стабильное. Сознание ясное. Жалобы на кашель, больше в вечерние часы. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Пульс 18 уд/мин, ЧДД 18 в мин. Физ. оправления в норме.

**20.09.13**

Состояние больной стабильное. Сознание ясное. Жалобы на кашель, больше в вечерние часы. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Пульс 18 уд/мин, ЧДД 18 в мин. Физ. оправления в норме.

**21.09-22.09.13**

Наблюдение дежурным медперсоналом

**27.09.13**

Состояние больной относительно удовлетворительное. Динамика положительная. Сознание ясное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Пульс 18 уд/мин, ЧДД 18 в мин. Физ. оправления в норме.

**01.10.09**

Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное во всех отделах. Сердечные тоны приглушены, умеренный акцент 2 тона над аортой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. АД 120/85 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин, ЧДД 18 в мин. Физ. оправления в норме. Готовится к выписке с дальнейшим наблюдением в поликлинике по месту жительства.

# ***Выписной эпикриз***

**Пациентка (64 года) поступила 10.09.13 г. с жалобами на** удушье в течении дня, до 3 раз в день, сухой кашель в ночное время, иногда и днем, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плече и лопатку, часто не связанную с физической нагрузкой, продолжительностью 5 - 10 мин, после приступа отмечает онемение левой кисти. Также предъявляет жалобы на частые отрыжки, изжоги через 10 мин после еды, сухость и горечь во рту, редкие рвоты желчью.

Из профессионального анамнеза: Трудовая деятельность началась с 1966 года. Общий стаж 27 лет. Работала в 2-х организациях, сменил 4 профессий. Из них: - с 1966 по 1970 гг. работала разнорабочей на з-де "ЭТМ". В течении 22 лет имела контакт с металлосодержащей пылью. Земледел 5 л. уборщица, 9 л. - разнорабочей, 7 л. Дежурная по цеху. Контакта с металлосодержащей пылью во всех профессиях, кроме 5лет работы земледела. Рабочий день 8 часов, перерыв 1 час. При условиях работы на организм рабочего оказывает влияние шум от холодно-выточных автоматов и пыль электрокорунда при заточке инструментов и пруткового материала. Контакт с шумом и пылью - практически весь рабочий день, уровень обоих факторов превышал предельно допустимые в несколько раз.

Окончательный диагноз был поставлен на основании санитарно-гигиенической характеристики условий труда

с 1966 г. Работает в среде где основными вредными факторами являлись запыленность и шум.

в 1991-1994 гг. - впервые появились жалобы на кашель и одышку. Возникающие при незначительной физической нагрузке (переодевание, мытьё в душе) или в горизонтальном положении. Кашель проходит самопроизвольно.

Из анамнеза: был поставлен диагноз силикоз I, больная получил III группу инвалидности и 50% утраты трудоспособности заболевание началось постепенно 22 года назад с невыраженного кашля с редким отделением слизистой мокроты, позже присоединилась одышка

Из объективного осмотра - при сравнительной перкуссии над нижними отделами лёгких определяется коробочный звук при топографической перкуссии снижена подвижность лёгочного края при аускультации - жёсткое дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы данных дополнительного исследования: инфильтративных изменений не выявлено. Лёгочный рисунок усилен и деформирован по сетчатому типу, преимущественно в нижних отделах. Сперва в верхнем лёгочном поле единичные фибринозно - очаговые тени 0.3см в диаметре, плотные, чётко очерченные. Корни неструктурные, нерасширенные, синусы свободные.

Можно сформулировать основное заболевание 0: Силикоз I степени,sp\sp, 2/2 фибринозно очаговые изменения верхней доли справа.

На основании жалоб - на сильный сухой кашель в ночное время, иногда днем анамнеза - в 1994 г. больной поставлен диагноз - хронический обструктивный бронхит объективного осмотра 0 - при аускультации: жёсткое дыхание и единичные сухие хрипы можно сформулировать осложнение основного заболевания: Хронический обструктивный бронхит, фаза ремиссии.

Также имеются сведения а наличии у пациентки гипертонической болезни 2 ст. при обследовании этот диагноз подтвердился

Таким образом можно выставить

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

основное заболевание: Кониотуберкулез. Силикоз I ст. sp/ sp фибринозно-очаговые изменения. Осложнения: Хронический обструктивный бронхит в фазе ремиссии.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст, стабильная стенокардия СН2А. Хронический калькулезный холецистит.

Назначено симптоматическое и патогенетическое лечение.

Наблюдалась положительная динамика, вследствие чего пациентка была выписана 01-10-13 с дальнейшим наблюдением у терапевта поликлиники по месту жительства, для лечения сопутствующих патологий и контроля основного заболевания.

# ***Список литературы***

1. Величковский Б.Т. Фиброгенные пыли. Особенности строения и механизма фиброгенного действия. Горький. Волго-Вят. кн. изд. - 1980 - 160 c.

2. Измеров Н.Ф., Монаенкова А.М., Артамонова В.Г. и др. Профессиональные болезни. // Руководство для врачей в 2 томах. - М. 1996.

. Критерии профотбора в ведущие профессии горнорабочих угольной промышленности с учетом действующих производственно-профессиональных факторов. // Пособие для врачей. - М., 1995. - 36 с.

. Классификация пневмокониозов. Методические рекомендации. М. - 1995.

. Корганов Н.Я., Горблянский Ю.Ю., Пиктушанская И.Н., Качан Т.Д. Пневмокониозы. // Учебно-методическое пособие. Ростов-на-Дону. изд. Рост ГУМ - 2005 - 56 с.