Паспортные данные:

Ф.И.О

Возраст: 57 лет (23.03.1953)

Место жительства:

Место работы: пенсионер. инвалид 3 группы

Дата поступления: 26.03.10г.

Профессиональный маршрут:

- 26.08.1969 – Принят в цех. Ученик слесаря

- 27.02.1970 – присвоен 3 разряд

- 21,06,1971 – уволен по собственному желанию

- 28,06,1971 – Помощник экскаваторщика

- 25,11,1972 – присвоен 4 разряд

- 25,11,72 - 19,12,74 – служба в армии

- 19,12,1974 – принят на работу помощником экскаваторщика

- 06,07,0987 – переведён машинистом- эксковаторщиком 6 разряда

- 11,03,1997 – переведён на работу медника-кузнеца 6 разряда

- 15,01,2003 – переведён на работу машиниста-экскаваторщика.

- 26,01,2004 -

Работа в контакте с вибрацией, пылью, сквозняками, повышенной влажностью, физическим наряжением

Вывод: основная прфессия-мшинист экскаватора

Стаж работы по основной профессии- 25 лет

Общий стаж- 33 года

С 2004 года – 60% утрата трудоспособности, в настоящее время также 60% утраты трудоспособности

Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда:

*Описание технологического процесса:*

Работа заключалась в техническом обслуживании, управлении, текущем ремонте машин. За свою трудовую деятельность работал на строительных площадках, на песчанных карьерах по погрузке инертных материалов.

Рабочее место машиниста находится в кабине экскаватора, управление связано с постоянным контролем и наблюдением за безопасностью работ в радиусе действия машин, показаниями приборов, ответственность принятия срочных решений при сложных ситуациях и в условиях дефицита времени создает нервно-эмоциональное напряжение.

Вследствие специфических конструкций экскаватора, нерационального расположения рычагов и педалей управления, рабочая поза машиниста сопровождается значительными статическими нагрузками, вынуждленным положением тела.

Управление путём перемещения рычагов вперёд-назад, вправо-влево, расположенных с обоих сторон от машиниста. В переключении участвуют обе руки, сила сопротивления рычага 0,5 кг\*с.

Работа проводится сидя, вперёд нагнувшись, основная нагрузка падает на шейно-грудной и поясничный отдел позвоночника, а также на верхний плечевой пояс. Кроме того при поворотах платформы экскаватора и управления рычагами, производятся вращательные движения в плече-лопаточном и логтевом сочленении рук на 160-180о и поворота позвоночника на 40-60о.

Перед запуском двигателя машинист проверяет уровень масла, проводит смазку двигателя, заливает бензин в бензиновый бак двигателя, дизельное топливо в баки топливной системы. Кроме того машинист периодически занимается ремонтом, при выполнении ремонтных работ занимает вынужденное положение согнувшись вперёд, вследствии чего создается перенапряжение задних отделов межпозвоночного диска и задней продольной связки. При работе экскаватора генерируется вибрация и шум, образование которых связано с конструкторскими недостатками.

Воздух рабочей зоны загрязняется грунтовой и песчанной пылью. Уровень загрязненности зависит от изоляции кабины и атмосферных условий, возможно загрязнение кабины продуктами сгорания топлива (оксиды углерода, азота, а также продукты сгорания химических соединений).

В летний период в следствии отсутствия теплозащиты мотора в кабине температура воздуха достигает 38-45о (при наружней температуре 20о-25о).

В зимних условиях из-за плохой теплоизоляции кабины температура воздуха снижается до +4о – +12о

С 1997г. до 2003 год Музафин М.Я. работал в МУП «Спецремстрой» медником-кузнецом на период отсутствия основной работы на экскаваторе. Выполнял ремонтные работы но распайке, пайке, очистке водяных и масляных радиаторов всех видов автотехнпкп предприятия, а также протравку кислотными растворами деталей системы охлаждения и подачи топлива различных автомобилей, дорожно-строительных механизмов.

Работа кузнеца заключалась в ковке различных деталей и приспособлений для ремонтных работ и различных запасных частей для автомобилей, дорожных механизмов. Выполнял рихтовку кузовных частей автомобилей. Работы производились с применением подручного инструмента кузнеца, таких как клещи, молот кузнечный, кувалды весом до 8 кг. Кроме этого занимался изготовлением чалок, заплетки тросов, строп диаметром от 12 до 22 мм. Основной технологический процесс выполнялся вручную.

Основная физическая нагрузка падает на шейно- грудной и поясничный отделы позвоночника, плече- лопаточное сочленение и кисти рук. Работа выполняется в позе стоя до 80% рабочей смены.

Гигиеническая оценка условий труда по тяжести трудового процесса оценивается как вредная, класс 3.1 Общая оценка условий труда по данной профессии медника-кузнеца согласно Р 2.2.755-99 относится к классу 3.1- вредный.

Профессиональные вредности:

Общая вибрация превышает ПДУ на 6 дБ

Уровень шума превышает ПДУ на 6 дБ

Работа на открытой территории – 100% рабочей смены.

Работа односменная, продолжительность смены составляет 8 часов.

Работа в сверхурочное время 1-2 раза в неделю.

Использование СИЗ: костюм х\б, руковицы, куртка ватная, валенки, ботинки.

Продолжительность отпуска: отпуск 27 рабочих дней ежегодно.

Прохождение предварительного мед. осмотра: был годен к работе.

Прохождение периодического мед. осмотра: ежегодно, был годен к работе.

Вывод: условия труда могли привести к развитию профессионального заболевания:

* длительный стаж работы в контакте с вредными факторами превышающими ПДК и ПДУ,
* Малоэфективные средства индивидуальной защиты
* Работа в сверхурочное время.

Жалобы при поступлении: на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу, усиливающиеся при ходьбе и физ. нагрузках, жжение в стопах, онемение в ногах, онемение и слабость в левойруке, кашель сухой, першение в горле,

Снижение слуха.

Анамнез заболевания:

Считает себя больным в течении 10 лет, когда стал отмечать онемение и боли в области поясничного отдела позвоночника. Тогда же появились боли при ходьбе малой интенсивности, ноющего характера. По этому поводу за медицинской помощью не обращался, на периодических медицинских осмотрах жалоб не предъявлял. В 2002 году обратил внимание на незначительное снижение слуха. Боли к тому моменту приобрели постоянный характер при физической нагрузке. В покое проходили в течении 30 минут. Тогда же появилиись онемение в ногах и жжение стоп. В 2004 впервые предъявил жалобы на периодическом медицинском осмотре, был направлен на областной профцентр для установки диагноза, где впервые была выставлена нейросенсорная тугоухость, а также Хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия. На ВТЭК (от 2004года) определили 60% утраты трудоспособности, затем установили бессрочно.

За последний год больной отмечал ухудшение состояния здоровья. Это проявлялось постоянными болями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также болями в коленных суставах. Направлен EJWGG для обследования и корректировки лечения.

Анамнез жизни:

Родился в Ульяновске, рос здоровым ребёнком. В физическом и интеллектуальном развитии от своих сверстников не отсавал. Питание регулярное, полноценное. С 7 лет пошёл в школу. Образование среднетехническое,. Жилищно бытовые условия хорошие.

Перенесённые заболевания, операции: инфекционные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа. Кровь и кровезаменители не переливались, оперативных вмешательств не проводилось.

Вредные привычки – отрицает.

Наследственность – со слов пациента не отягощена.

Аллергологический анамнез – аллергических реакций на пищевые аллергены и медикаменты не наблюдалось.

Эпидемиологический анамнез – За последние 3 недели контакт с инфекционными больными отрицает.

Общий осмотр

*Общее состояние* больногоудовлетворительное, сознание ясное.

Внешний видбольного соответствует возрасту. Телосложение: правильное. Тип конституции: нормостенический. Выражение лица: обычное.

*Голова:* патологических изменений формы, величины, положения, объема движений нет; при пальпации мягких и костных тканей свода черепа патологии не выявлено.

*Цвет кожи и слизистых* нормальной окраски. Участков гипер- и депигментации не отмечается. Влажность и тургор кожи незначительно снижены. Патологических изменений на коже нет. Шелушения кожи не наблюдается. На левой лопатке имеется рубец длиной 10 см после операции по удалению липомы. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков нет.

Затылочные, околоушные, подбородочные, подчелюстные, передние и задние шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные *лимфоузлы* не определяются.

***Опорно-двигательный аппарат.***

*Мускулатура:* развита умеренно, симметрична, тонус мышц в норме, при пальпации болезненности не отмечается. Сила отдельных мышечных групп верхних конечностей снижена. Имеется контрактура IV пальца правой кисти.

*Суставы:* правильной конфигурации; изменения величины, цвета тканей, кожной температуры над суставами нет. При пальпации они безболезненны. Объем активных и пассивных движений уменьшен в нижних конечностях. Движения в поясничном отделе позвоночника снижены, болезненны.

*Кости:* деформации, утолщений, размягчения, болезненности при пальпации и поколачивании не отмечается. ''Барабанных пальцев'' нет.

*Органы дыхания.*

Форма носа правильная; носовое дыхание свободное; крылья носа в акте дыхания не участвуют.

Форма гортани правильная, положение нормальное, болезненности при пальпации не отмечается, подвижность гортани в норме.

**Осмотр грудной клетки:**

*а) статический:* форма грудной клетки правильная, нормостеническая. Обе половины грудной клетки симметричны, односторонних западений и выпячиваний нет.

*б) динамический:* обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания 17 дыхательных движений в минуту. Дыхание ритмичное, нормальной глубины. Вспомогательная мускулатура шеи, плечевого пояса, межреберных мышц в акте дыхания не участвует.

При *пальпации грудной клетки* болезненности и патологических изменений кожи, подкожно-жирового слоя над грудной клеткой, межреберных мышц и нервов, ребер не отмечается. Эластичность обеих половин грудной клетки в норме. Голосовое дрожание не изменено. Добавочные дыхательные шумы (сухие хрипы, шум трения плевры) при пальпации не определяются.

*Сравнительная перкуссия легких***.** Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

*Топографическая перкуссия.*

I.Высота стояния верхушки левого легкого:

а) спереди: 4 см над ключицей,

б) сзади: уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

II. Высота стояния верхушки правого легкого:

а) спереди: 3 см над ключицей,

б) сзади: уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

III. Нижние границы правого и левого легкого по линиям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Линии** | **Правое лёгкое** | **Левое лёгкое** |
| Окологрудинная | V межреберье | – |
| Средняя ключичная | Нижний край VI ребра | – |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII межреберье |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX межреберье |
| Лопаточная | X ребро | X межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток ThXI | Остистый отросток ThXI |

IV. Подвижность лёгочного края по средней подмышечной линии:

|  |  |
| --- | --- |
| **Справа** | **Слева** |
| На вдохе – 3 см | На вдохе – 3 см |
| На выдохе – 3 см | На выдохе – 3 см |
| Суммарная – 6 см | Суммарная – 6 см |

*При аускультации основные дыхательные шумы:* над симметричными участками обоих легких выслушивается везикулярное дыхание.

В области VII шейного позвонка выслушивается физиологическое бронхиальное дыхание.

*Добавочные дыхательные шумы:* сухие и влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

Бронхофония над симметричными участками грудной клетки не изменена.

*Органы кровообращения.*

При осмотре сосудов шеинабухания шейных вен, патологической пульсации вен (“положительный венный пульс”) и артерий (“пляска каротид”) – нет.

При осмотре области сердцабез особенностей. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации аорты, легочных артерий, предсердий, аневризм сердца не выявлено.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью около 1,5 см, средней силы, высоты. Сердечный “горб” не выявлен. Отрицательный верхушечный толчок, бисистолия отсутствуют. Вибрации мягких тканей в области сердца (“кошачье мурлыканье”) при пальпации нет.

Артериальный пульсна лучевых артериях одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 68 ударов в мин., нормального наполнения и напряжения, скорость пульса в норме, дефицита пульса нет.

Артериальное давление**:** на правом плече – 140/80 мм рт. ст.

на левом плече – 140/80 мм рт. ст.

*Перкуссия сердца.*

I. Высота стояния диафрагмы по правой срединно-ключичной линии: V межреберье.

II. Границы относительной сердечной тупости:

1) правая - IV межреберье, на 1 см кнаружи от правого края грудины,

2) левая - V межреберье, на 1 см кнутри левой срединно-ключичной линии

3) верхняя – III межреберье окологрудинной линии.

III. Размеры сердца:

а) правая медиана – 4 см,

б) левая медиана – 8 см,

в) поперечник сердца – 12 см.

IV. Границы абсолютной сердечной тупости:

1. правая - IV межреберье по левому краю грудины,

2) левая – V межреберье – на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии,

3) верхняя – нижний край IV ребра по левой окологрудинной линии.

V. Границы сосудистого пучка:

1) правая граница – II межреберье –по правому краю грудины

2) левая граница – II межреберье по левому краю грудины,

3) ширина сосудистого пучка – 5 см.

VI. Конфигурация сердца: нормальная.

*Аускультация сердца.*

*Тоны сердца:* ясные ритмичные. Расщепления, раздвоения тонов, появления трехчленных ритмов нет. Шумы не выслушиваются.

При аускультациитоны Траубе, двойной шум Дюрозье над аортой и артериями, шум «волчка» над венами – не выслушиваются.

*Органы пищеварения.*

При осмотре ротовой полости *язык* правильной формы, обычной величины, нормальной влажности и цвета, сосочки умеренно выражены; налета, отпечатков зубов, трещин, язв, опухолей на языке нет. Кариеса нет.

Прикус физиологический.

*Десны:* кровоточивости, разрыхления, признаков пародонтоза, язв, высыпаний не отмечается. *Твердое и мягкое небо* без изменений. *Миндалины* обычной величины и окраски; налета, гнойных пробок, рубцовых изменений нет.

При осмотре форма живота правильная. Обе половины живота симметричны; пупок нормальный; живот участвует в акте дыхания. Участки гиперпигментации, перистальтики (физиологической и патологической), рубцов, грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний не выявлено.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Признаков раздражения брюшины нет (симптом Щёткина-Блюмберга, Менделя-Раздольского отсутствуют). Расхождения прямых мышц живота, грыж, поверхностно расположенных опухолей не обнаружено.

При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного, безболезненного, неурчащего тяжа толщиной около 2,5 см.

Слепая кишка, конечный отрезок подвздошной кишки, аппендикс не определяются. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде дугообразного, поперечно идущего тяжа, плотного, безболезненного, восходящий и нисходящий отделы, печеночный и селезеночный угол толстого кишечника, большая и малая кривизна желудка, привратник не пальпируются.

*Исследование печени.*

*1.Перкуссия печени:*

а) верхняя граница по правой срединно-ключичной линии – V межреберье

б) нижние границы:

1. передняя подмышечная линия справа –X ребро,
2. срединно-ключичная линия справа – на 1 см ниже края реберной дуги,
3. окологрудинная линия справа – на 0,5 см ниже края реберной дуги,
4. передняя срединная линия – на 2 см ниже края мечевидного отростка,
5. окологрудинная линия слева – край реберной дуги;

в) размеры печени по Курлову:

I размер – по правой срединно-ключичной линии – 10см,

II размер – по передней срединной линии – 9см,

III размер – по косой линии по левой реберной дуге – 8см.

1. *Пальпация печени.*Нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги. *Желчный пузырь* не пальпируется.

Селезенка не пальпируется. При: перкуссии

а) верхняя граница по левой средней подмышечной линии – нижний край IX ребра,

б) нижняя граница по левой средней подмышечной линии – на 4 см ниже края реберной дуги,

в) поперечник селезенки – 4см,

г) передняя граница – на 2 см левее передней подмышечной линии.

*Поджелудочная железа* не пальпируется.

*Органы мочеотделения.*

Сглаживания контуров, покраснения, припухлости, выбухания поясничной области и области мочевого пузыря не отмечается.

Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются.

*Нервная система.*

Поведение, интеллект, речь, мимика не нарушены. Реакция зрачков на свет прямая, содружественная. Нистагма, ригидности затылочных мышц нет. Симптомы натяжения (Лассега, Брокка) положительные. Пальпация паравертебральных точек L4-S2 слева болезненна. Параличей, судорог нет. Тремора рук, нарушения походки, устойчивости не наблюдается.

Рефлексы с верхних конечностей (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, карпо-радиальный) снижены. Поверхностная чувствительность не изменена.

*Эндокринная система.*

Симптомов тиреотоксикоза: экзофтальма, симптомов Грефе, Мебиуса, Штельвага нет. При пальпации щитовидная железа не пальпируется. Пигментация кожи и слизистых оболочек в норме. Изменения вторичных половых признаков не выявлено. Признаки акромегалии отсутствуют.

Предварительный диагноз

Хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия, обострение, проградиентное течение, стойкий выраженный болевой синдром. Нейросенсорная тугоухость с умеренной степенью снижения слуха.

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

1) *Клинический анализ крови* от 27.03.10 г.

Эритроциты – 4,79\*1012/л

Гемоглобин – 146 г/л

Тромбоциты – 254\*106/л

Лейкоциты – 4,79\*109/л

п/я – 4%

с/я – 63%

лимфоциты – 30%

моноциты – 3%

Заключение: показатели соответствуют норме.

2) *Общий анализ мочи* от 27.03.10 г.

Цвет – соломенно-жёлтый

Прозрачность – лёгкая муть

Удельный вес – 1012

Реакция – кислая

Белка нет

Эпителий – 0-1 в поле зрения

Лейкоциты – 0-1 в поле зрения

Заключение: показатели соответствуют норме.

3) *Биохимический анализ крови* от 27.03.10 г.

Глюкоза – 3,9 ммоль/л

Холестерин общий – 8,5 ммоль/л

β-ЛП – 3,6 г/л

С-реактивный белок – отриц.

Сиаловые кислоты – 0,15 ед.

Белок – 75 г/л

Белковая фракция: А/Г – 1,07

альбумины – 51,7%

α1-глобулин – 3,1%

α2-глобулин – 9,8%

β-глобулины – 15,2%

γ-глобулины – 20,2%

Заключение: повышение уровня общего холестерина и β-ЛП, снижение количества сиаловых кислот и альбуминов.

4) *Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника* от 27.03.10 г.

Заключение: Распространённый остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Спондилоартроз. Правый сколиоз на уровне L4-L5.

Рентгенография левого и правого коленных суставов от 27.03.10 г. без патологий.

5) *ЭКГ* от 27.03.10 г.

Заключение: синусовая брадикардия 66 уд/мин. Горизонтальное направление электрической оси сердца.

6) *Консультация сурдолога* от 27.03.10 г. Заключение: Признаки воздействия шума не орган слуха.

Клинический диагноз и его обоснование:

*Основной:* Хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия, обострение, проградиентное течение, стойкий выраженный болевой синдром. Нейросенсорная тугоухость с умеренной степенью снижения слуха.

*Сопутствующий:* Артериальная гипертензия 2ст, 2 ст, риск 3. Стенокардия напряжения 3 ф.кл. Хронический простатит, хронический геморрой вне обострения.

*Диагноз выставлен на основании:*

1) профессионального маршрута с 1971 года работал машинистом экскаватора. Стаж работы по основной профессии 25 лет. Профессиональные вредности: общая вибрация, шум, пыль, физическое напряжение, вынужденная поза.

2) санитарно-гигиенической характеристике условий труда:

Длительный контакт с вибрацией, шумом, пылью, частое физическое напряжение, вынужденная поза.

3) жалоб больного: на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу, усиливающиеся при ходьбе и физ. нагрузках, жжение в стопах, онемение в ногах, онемение и слабость в левойруке.

Снижение слуха.

4) данных анамнеза заболевания: прогресирование болезни в течении 10 лет.

5) данных дополнительных методов обследования: На R-грамме - распространённый остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Спондилоартроз. Правый сколиоз на уровне L4-L5.

1. данных узких специалистов: Консультация сурдолога - Признаки воздействия шума не орган слуха.

Лечение:

1) Режим – полупостельный. Стол №10.

2) Дарсонвализация верхних конечностей.

3) Физиотерапия: электрофорез новокаина на пояснично-крестцовую область, массаж, рефлексотерапия.

4) Энап 0,1 – 1 табл. 2 раза в день

5) Ортофен в/м 2 раза в день с целью обезболивания

6) Эналаприл 0,05 по 1 таблетке 2 раза в день