ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной и поликлинической терапии с курсами профессиональных болезней и эндокринологии

 Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Лычев В.Г.

 Преподаватель: к.м.н., ассистент Налетова Н.П.

 Куратор: ст. 520 группы Чернышева И.С.

Клиническая история болезни

Пациент Д.

Клинический диагноз: Конниотуберкулез: пневмокониоз 1 ст. от воздействия смешанной пыли (2pqs), узелковая форма. ДН 0 (SpO2 – 97%). Большие посттуберкулезные изменения в виде интенсивных очагов после излеченного туберкулеза легких (Профессиональное заболевание первично).

Сопутствующие заболевания: Первичный коксартроз двусторонний слева 2-3 ст. Тотально замещен эндопротезом правый тазобедренный сустав.

Барнаул 2014

**Жалобы**

На периодические давящие боли в грудной клетке с обеих сторон, проходящие самостоятельно, на кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты преимущественно в утренние часы и при выходе на улицу, на одышку при подъеме по лестнице на второй этаж.

**Профмаршрут**

Профессия: подземный проходчик

Общий трудовой стаж: 44 года

Стаж работы в условиях воздействия вредного фактора: 15 лет.

**Санитарно-гигиеническая характеристика:**

Пыль – 6,0 мг/м3 ПДК – 2 мг/м3 (превышение ПДК в 3 раза)

Пыль кремнесодержащая – 1,5-5,9 мг/м3 ПДК – 4,0 мг/м3 (превышение ПДК в 1,5 раз)

Вывод: имеется контакт с таким неблагоприятным фактором, как пыль, превышающим ПДК в 3 раза, что могло привести к развитию заболевания.

**Anamnesis morbi**

В течение последних 5 лет больного беспокоит периодический кашель с отхождением слизистой мокроты в небольшом количестве преимущественно в утренние часы после пробуждения, в течение последних 1,5 лет появилась одышка при быстром подъеме по лестнице и периодические боли в грудной клетки с обеих сторон. Но больной по этому поводу никуда не обращался. В ноябре 2013 года проходил флюорографию грудной клетке, на которой были отмечены множественные очаговые тени по всем легочным полям, в связи с чем был направлен на консультацию к профпатологу для обследования с соответствующими документами. В настоящее время госпитализирован в КПЦ для обследования, лечения, решения экспертных вопросов.

**Anamnesis vitae**

Родился в Волгоградской области, рос и развивался нормально, перенес. Медицинских противопоказаний для занятий физической культурой не имел.

Образование: средне-специальное.

Служба в армии: 1966-1969 гг.

Семейное положение: женат, семья 2 человека.

Метериально-бытовые условия считает хорошие.

Вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает, туберкулез в 2007 году, снят с учета.

Сопутствующие заболевания: первичный коксартроз двусторонний: слева 2-3 ст, тотально замещен эндопротезом правый тазобедренный сустав.

Операции: 1973г, 1993г. по поводу кишечной непроходимости, 2012г. – эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Гемотрансфузии: 1973 по поводу кишечной непроходимости, реакции не отмечалось

Травмы: 2006 год — перелом ребра справа

Аллергические реакции и лекарственную непереносимость отрицает.
Вредные привычки: не курит (с 19 лет периодически курил), злоупотребление алкоголем отрицает.

Наследственные образования: отрицает

**Status presens communis**

Общее состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное. Выражение лица нормальное. Поведение адекватное, на вопросы отвечает, охотно идет на контакт. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см., вес — 87 кг. ИМТ: 31 кг/м2.

Кожные покровы. Окраска нормальная, очаги пигментации/депигментации отсутствуют. Рубцов и высыпаний не обнаружено. Влажность и эластичность кожи в пределах нормы. Видимые слизистые без изменений.

Периферические лимфатические узлы. Основные поверхностные группы лимфоузлов (подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются.

Форма грудной клетки: нормальная, нормостеническая. Грудной отдел позвоночника: нормального состояния. Положение ключиц симметричное. Подвижность грудной клетки при глубоком вдохе сохранена. Пальпация: резистентность в пределах нормы, болезненности не выявлено.

Органы дыхания. ЧДД - 16, ритм правильный, тип: брюшной. Нарушений носового дыхания, изменений формы носа не выявлено. Отклонения хода гортани от срединной линии нет. Голос нормальный.

Органы кровообращения. Осмотр и пальпация. В области сердца выбуханий, видимой пульсации не выявлено. Верхушечный толчок медиальнее левой СКЛ на 1 см, не разлитой, нормальной силы. Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и на основании сердца не выявлено. Аускультация. Звучность тонов ослаблена во всех точках аускультации, соотношение тонов нормальное. Шумы не выслушиваются.

Исследование сосудов. Видимая пульсация артерий шеи и головы не выявляется. Пульс симметричный на обеих лучевых артериях: 75 в мин, ритм правильный. Дефицита пульса нет. Патологический пульс Квинке отсутствует. Артериальное давление D 125/80 мм.рт.ст., S 125/80 мм.рт.ст..

Органы пищеварения. Полость рта: язык нормальной влажности, цвет не изменен. Живот: увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется.

Органы мочевыделения. Отека поясничной области не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Status localis**

Грудная клетка нормостенического типа, правильной формы, межреберные промежутки не расширены. Над- и подключичные ямки выражены. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Участия вспомогательной мускулатуры в дыхании нет. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание смешанного типа. ЧДД 18 в мин. Одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки нормальная, голосовое дрожание в норме.

Перкуссия:

1) сравнительная: ясный легочный звук над всеми легочными полями

2) топографическая перкуссия легких: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 м/р | Не определяется |
| Среднеключичная | 6 м/р | Не определяется |
| Передняя подмышечная | 7 м/р | 7 м/р |
| Средняя помышечная | 8 м/р | 8 м/р |
| Задняя подмышечная | 9 м/р | 9 м/р |
| Лопаточная | 10 м/р | 10 м/р |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Подвижность легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная  | 4 | - |
| Среднеаксилярная | 4 | 3 |
| Лопаточная | 4 | 4 |

Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не определяется.

**Предварительный диагноз**

 Жалобы больного на периодические давящие боли в грудной клетке, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты, на одышку и данных анамнеза заболевания: наличие множественных очагов затемнения при исследовании в ноябре 2013 года, позволяют предположить, что в патологический процесс вовлечена дыхательная система.

 На основании данных профмаршрута и санитарно-гигиенических характеристик: работа в течение 15 лет в контакте со смешанной пылью, превышающей ПДК в 3 раза, можно предположить, что у больного профессиональное заболевание. Так как раннее данное заболевание не выявлялось, то заболевание первичное.

На основании анамнеза жизни сопутствующие заболевания: первичный коксартроз двусторонний слева 2-3 ст. Тотально замещен эндопротезом правый тазобедренный сустав.

На основании вышеперечисленного, можно выставить предположительный диагноз: диссеминированный процесс в легких, неуточненного генеза.

**План дополнительных методов исследования**

I Общеклинические методы:

1. ОАК
2. БАК,
3. ОАМ,
4. Эксперсс-метод на сифилис, ИФА на Гепатиты В, С,
5. ЭКГ)

II Функциональные методы:

1. Анализ мокроты №3 (АК, ВК, морфология).
2. R-графия органов грудной клетки
3. Бодиплетизмография
4. Видеобронхоскопия с цитологическим исследованием промывных вод бронха

**Результаты дополнительных методов исследования**

 1) ОАК 27.02.14

 лейкоциты 6,4\* 10 /л

СОЭ 11 мм/ч

Б-2 Э-2 П-1 С-56 Л-30 М-9

Hb 127 г/л

Заключение: без патологии

2) биохимический анализ крови 27.02.14

Глюкоза 5,49 ммоль/л, триглицериды 0,95 ммоль/л, холестерин 5,39 ммоль/л.

Заключение: высокий уровень холестерина

3) ОАМ 27.02.14

Реакция кислая, удельный вес 1018, мутная, белок отр, сахар отр., лейкоциты 0-1, эритроциты 1-2, эпителий плоский 1-2

Заключение: без патологии.

4) Эспресс-метод на сифилис отр., Аt к гепатитам В, С отр.,

5) ЭКГ: Заключение: ритм синусовый, ЧСС 67 уд. в мин, ЭОС расположена горизонтально.

6) Анализ мокроты 27.02.14: Цвет: бесцветная, характер: слизистая, консистенция: жидкая, примеси слюны

7) Рентгенография ОГК: Легочные поля сниженной пневмотизации, преимущественно в верхних отделах. Легочной рисунок деформирован за счет интерстициального компонента, мелкоячеистого характера с множественными мелкоочаговыми тенями диаметром до 1,5-3 мм, преимущественно в средних и нижних отделах с обеих сторон. В верхней доле обоих легких плотные очаговые тени, максимальным размером до 9 мм. Корни легких расширены, бесструктурные. Синусы свободные. Средостение расположено по срединной линии.

Заключение: силикотуберкулез. Rg-данные за пневмокониоз 1-2 ст, узелковая форма (2pqs). TBC легких в стадии уплотнения.

8) Бодиплетизмография: Заключение: нарушение легочной вентиляции по обструктивному типу. Обструктивные нарушения легкой степени (ОФВ1 в пределах нормы, ОФВ1/ФЖЕЛ 71% от долж.):

- ограничение скорости воздушного потока в средне-дистальном отделе

Снижение резервного объема выдоха до 72% от долж. (избыточный вес). Статические легочные объемы в пределах нормы.

VC (ЖЕЛ) в пределах возрастной нормы.

Положительной реакции на беротек (400 мкг) не получено

9) Видеобронхоскопия: Хронический диффузный двухсторонний бронхит 1 степени воспаления с явлениями атрофии слизистой и хрящевой деформацией трахеобронхиального дерева.

Цитологическое исследование промывных вод бронхов:

 Фон препарата – слизь

Количество лейкоцитов – до 20

Состав лейкоцитов – нейтрофилы

Количество альвеолярных макрофагов – большое количество

Характеристика цилиндрического эпителия – в дистрофии

Наличие клеток с признаками атипии – не обнаружены

Наличие кислотоустойчивой флоры – отрицательно

Микроскопия: макрофаги большое количество, лейкоциты - 5-10, микрофлора не обнаружена

Культуральное исследование: роста бактериальной этиологически – значимой флоры нет, грибы рода кандида не обнаружены

**Клинический диагноз**

 На основании данных профмаршрута, СГХ и рентгенологических данных: легочной рисунок деформирован за счет интерстициального компонента, мелкоячеистого характера с множественными мелкоочаговыми тенями с двух сторон, можно сделать вывод, что у данного больного пневмокониоз 1 ст.. Так как больной был в контакте с высокофиброгенной и слабофиброгенной пылью, то можно сказать, что заболевание возникло от воздействия смешанной пыли. На основании рентгенологических данных: мелкоочаговые тени диаметром до 1,5-3 мм, можно говорить о том, что это 2pqs. Так как преимущественно преобладают формы p и s, то это будет узелковая форма. Так как на основании сатурации кислорода: SpO2 – 97%, то ДН - 0. Также на основании данных анамнеза жизни (перенесенный туберкулез в 2008 году) и рентгенологических данных: в верхней доле обоих легких плотные очаговые тени, максимальным размером до 9 мм, можно сказать, что у больного конниотуберкулез и большие посттуберкулезные изменения в виде интенсивных очагов после излеченного туберкулеза легких. На основании профмаршрута и СГХ можем сделать вывод, что это профессиональное заболевание. Так как это заболевание раннее не было выявлено, то это заболевание первично.

На основании анамнеза жизни сопутствующие заболевания: первичный коксартроз двусторонний слева 2-3 ст. Тотально замещен эндопротезом правый тазобедренный сустав.

 На основании вышеперечисленного, окончательный диагноз будет звучать: Конниотуберкулез: пневмокониоз 1 ст. от воздействия смешанной пыли (2pqs), узелковая форма. ДН 0 (SpO2 – 97%). Большие посттуберкулезные изменения в виде интенсивных очагов после излеченного туберкулеза легких (Профессиональное заболевание первично).

**Дифференциальный диагноз**

  *Диффузный фиброзирующий альвеолит*, как и пневмокониоз, по рентгенологическим признакам характеризуется интерстициальными изменениями и диссеминированными узелковыми тканями, которые расположены преимущественно в средних и нижних отделах легких. Однако в отличие от пневмокониоза интерстициальный процесс в легких при диффузном фиброзирующем альвеолите имеет мелкосетчатый вид. Поэтому при дифференциальной диагностике важно учитывать их клиническую картину В противоположность пневмокониозу диффузный фиброзирующий альвеолит может иметь не только постепенное, но и острое начало. Ранним признаком его является быстровозникающая прогрессирующая одышка, которая нередко предшествует развитию рентгенологических изменений в легких. Больных беспокоят чувство стеснения в груди и небольшой кашель, появляется цианоз, наблюдается симптом «барабанных пальцев», чего нет у данного больного. В легких при диффузном фиброзирующем альвеолите прослушиваются умеренные влажные хрипы, иногда отмечается кровохарканье. Может быть умеренная эозинофилия, повышается СОЭ. При выраженной гипоксии обнаруживается полицитемия. Такие изменения у данного больного не выявлены, следовательно диффузный фиброзирующий альвеолит отвергается.

 *Медиастинально-легочную форму саркоидоза* не всегда легко дифференцировать от пневмокониоза, так как клиническая картина этой формы саркоидоза может быть весьма скудной, а по рентгенологическим признакам нередко напоминает пневмокониоз. Различают три стадии саркоидоза. Стадия I характеризуется поражением внутригрудных лимфатических узлов; II стадия сопровождается поражением легких в в идее: а) интерстициальных изменений; б) мелкоочаговых изменений; в) средне- и крупноочаговых изменений; г) конгломерирующих изменений (без фиброза). Для III стадии характерно появление конгломерирующих изменений, которые сочетаются с фиброзом, и массивного очагового или диффузного фиброза легких. Для дифференциальной диагностики большое значение имеет наличие у больных внелегочных признаков, встречающихся при саркоидозе: поражение наружных и внутрибрюшных лимфатических узлов, кожи, опорно- двигательного аппарата (кости, суставы, скелетные мышцы, сухожилия и их влагалищы), глаз, нервной системы, сердца, печени, селезенки, почек, желудочно-кишечного тракта и др. При саркоидозе чаще, чем при пневмокониозах, отмечаются ухидшение общего состояния, боли в суставах. Заболевание может начаться остро, с появлением лихорадки, арталгий, узловой эритемы с последующим развитием медиастинальной лимфаденопатии, чего нет у данного больного. В крови при саркоидозе обнаруживаются лейкопения и моноцитоз, отсутствуют чувствительность к туберкулину. По рентгенологическим признакам для медиастинально-ллегочной формы саркоидоза весьма характерно значительное увеличение внутригрудных лимфатических узлов, имеющих полициклические контуры. Этот признак, по существу, может быть основным для дифференциальной диагностики саркоидоза I стадии. В то же время при пневмокониозе I стадии корни легких обычно умеренно расширены, они приобретают «обрубленный вид». Кроме того, при пневмокониозе всегда обнаруживаются интерстициальные изменения в легких. В отличие от саркоидоза при пневмокониозе значительно чаще выявляются петрификаты в корнях легких и присоединяется туберкулезная инфекция.

 Из дифференциальной диагностики можно сделать вывод, что у данного больного пневмокониоз.

**Лечение**

1. Ангиовит 1 таб. утром
2. Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 мл в/м №10
3. Пентоксифиллин 5,0 на 200,0 мл. физ.р-ра в/в кап. №5
4. Атровент 2 вд \* 2 р. в день
5. Пантокрин по 1 таб.за 30 минут до еды 2 раза в день
6. Физиотерапия: КВЧ-терапия, магнитотерапия
7. Массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика

**Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный, так как нет угрожающих жизни нарушений.

Рекомендации больному: достаточный сон, диета с обязательным содержанием незаменимых аминокислот, ненасыщенных жиров, ежедневная умеренная физическая активность