Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной и поликлинической терапии

С курсами профессиональных болезней и эндокринологии

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

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

Куратор: студентка 431 группы Третьякова Ю.В.

Клиническая история болезни

Диагноз: Пневмокониоз 1 ст. от воздействия смешанной пыли, узелковая форма (2р). Хронический простой бронхит, фаза ремиссии. ДН 0. Профессиональное заболевание, повторно

Барнаул

2008 г.

**Паспортные данные**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 56 лет

Место жительства: г. Барнаул

Место работы: ОАО МРСК Сибири Алтайэнерго ПО центральные электрические сети

Должность: электрик

**Жалобы**

На одышку смешанного характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (подъем на 2 этаж). Приступообразный сухой кашель. Слабость, утомляемость, потливость

Сопутствующие жалобы: на головные боли в затылочной, области, давящего характера, периодические, возникающие при волнении, физической нагрузке, купирующиеся приемом энапа. На периодические головокружения, сопровождающиеся нарушением зрения в виде пелены и шумом в ушах.

**Профмаршрут**

1987-2005 – завод «Трансмаш», заливщик. Работал с вредным фактором – смешанная пыль, превышающим ПДК.

С 2005 года работает в Горэлектросети электриком. Имеет 30% утраты трудоспособности.

**Санитарно-гигиеническая экспертиза**

С 1987 по 2005г содержание пыли составляет 3.8-6.6 мг/м3. ПДК 4.0 мг/м3. Условия труда 3.1. Загазованность 15-43.7 мг/м3. ПДК 20 мг/м3. Условия труда 3.1.Окислы азота 4.1 мг/м3. ПДК 5.0 мг/м3. Условия труда 2.0. Шум 82-85. ПДК 80. Условия труда. 3.1. С 2005 года: запыленность 13.1-14 мг/м3 ПДК 4.0 Условия труда 3.2. Загазованность выше ПДК. Условия труда 2.0. Шум 84-86 ПДК 80дБ. Условия труда 3.2. Общая оценка 3.3

**Анамнез болезни**

Считает себя больным с 2004 года, когда впервые был установлен диагноз пневмокониоз 1 ст., узелковая форма, ДН 0. Проведено лечение: ингаляции щелочами, глютоминовая кислота, витаминотерапия, физиолечение. Отмечал положительную динамику в виде уменьшения кашля, одышки. Затем ежегодно находился под наблюдением у профпатолога краевого профцентра.

За последний год получал амбулаторное лечение в феврале 2007 года – витаминотерапия, отхаркивающие, бронхолитики. Эффект 1 месяц в виде снижения интенсивности кашля. Апрель 2007 года лечение в санатории «Барнаульский», 21 день. Ингаляции, грязелечение, физиолечение, массаж. Динамика положительная в течение 3 месяцев, отмечалось снижение приступов кашля, уменьшение одышки. Последняя госпитализация июль 2007 года. Получал лечение: верапамил, гипотиазид, аевит, аскорбиновая кислота, папаверин. Выписан с улучшением – уменьшилась одышка, кашель стал реже. Ухудшение через 3 месяца – отмечал нарастание одышки, кашель стал практически постоянный. На момент курации поступил на стационарное лечение с целью уточнения степени заболевания, коррекции реабилитационной терапии перед МСЭ.

**Анамнез жизни**

Родился в городе Барнауле. Рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел в 7 лет, закончил 9 классов, затем ПТУ. Служил в армии. Семейная обстановка, материальная обеспеченность и условия питания были удовлетворительными. Трудовая деятельность с 1983 по 2005 год была связана с профессиональными вредностями. Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Травм, гемотрансфузий не было. Аппендэктомия 1964 год. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Аллергическая реакция на димедрол в виде крапивницы. Вредные привычки: курит 33 года, 1 пачка в день. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, высокий риск (гипертрофия левого желудочка). ХСН 1, 2 ФК.

**Status praesens communis**

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. На вопросы отвечает адекватно. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Рост 168 см, вес 70 кг.

Исследование отдельных частей тела.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности.

Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Со стороны костно-мышечной системы изменений нет.

Грудная клетка правильной формы, межреберные промежутки не расширены, над- и подключичные ямки не выражены, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания. Затруднения носового дыхания нет. В легких перкуторно легочный звук. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту.

В области сердца сердечного горба, патологической пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок пальпируется на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии, диаметром 3 см, невысокий, умеренной силы. Пульс симметричный на обеих руках, ритмичный, 75 ударов в минуту, твердый, полный, большой.Границы относительной сердечной тупости: правая 4 межреберье, на 0.5 см кнаружи от правого края грудины; левая 5 межреберье, на 2 см кнаружи от среднеключичной линии; верхняя 3 межреберье по окологрудинной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 68 ударов в минуту. АД 150/90 мм.рт.ст. на обеих руках.

Слизистая полости рта розового цвета. Язык влажный, чистый. Живот округлой формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Грыжевых выпячиваний нет. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, ровный, гладкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9\*8\*7 см. Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки по Курлову: 6\*4 см. При аускультации живота слышен шум перистальтики кишечника.

Почки не пальпируются. Редуцированный симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб на одышку смешанного характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (подъем на 2 этаж), приступообразный сухой кашель и данные объективного исследования: жесткое дыхание можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов дыхания.

На основании данных профмаршрута: стаж работы с вредными факторами 18 лет, вредный фактор – смешанная пыль, превышающий ПДК; на основании анамнеза заболевания: связь с профессией с 2004 года, состояние без динамики. Из всего перичисленного можно поставить предварительный диагноз: пневмокониоз от воздействия смешанной пыли, ДН 0.

**Результаты дополнительных методов исследования**

1. Общий анализ крови от8.04.08 Лейкоциты 10.5, э 1 п/я 3 с/я 68

л 8 м 5. СОЭ 3 мм/ч Нв 158г/л

2. Общий анализ мочи без патологии

3. Общий анализ мокроты от 10.04.08 – цвет сероватый, консистенция вязкая, эпителий 4-5, альвеолярные макрофаги б/п, лейкоциты 14-15 в поле зрения, микобактерии туберкулеза не обнаружены, клетки с признаками атипии не обнаружены.

4. Рентгенография ОГК от 24.03.08 – легочный рисунок изменен по сетчатому типу с наличием очаговых теней диаметром 1.5 мм. Корни структурные, синусы свободные. Срединное положение тени сердца.

5. Спирография – нарушения бронхиальной проходимости не выявлено. ЖЕЛ не снижена. Проба с бронхолитиком отрицательная.

6. ЭКГ ритм синусовый, неопределенное положение ЭОС, поворот ПЖ влево, возможно вследствие ГЛЖ, косвенные признаки ГЛЖ.

**Клинический диагноз**

Данные дополнительных методов исследования не противоречат предварительному диагнозу.

На основании дополнительных методов исследования: рентгенография ОГК можно поставить следующий диагноз: пневмокониоз 1 ст. от воздействия смешанной пыли, узелковая форма (2р). Хронический простой бронхит, фаза ремиссии. ДН 0. Профессиональное заболевание, повторно.

**Дифференциальный диагноз**

Диссеминированный туберкулез

Острая форма данного туберкулеза в отличие от пневмокониозов характеризуется быстрым развитием и выраженной клинической картиной, сопровождающейся признаками интоксикации, явлениями бронхиолита. Нередко обнаруживаются симптомы внелегочной локализации туберкулезного процесса. На рентгенограмме отсутствуют интерстициальные изменения, а также уплотнение и расширение корней легкого. Туберкулезные очажки характеризуются полиморфизмом, нечеткостью контуров, различной величиной и плотностью. Корни легких при хронической форме обычно подтянуты кверху.

Диффузный фиброзирующий альвеолит.

В отличие от пневмокониоза интерстициальный процесс в легком имеет мелкосетчатый вид. Может иметь не только постепенное, но и острое начало. Ранним признаком его является быстро возникающая прогрессирующая одышка, которая нередко предшествует развитию рентгенологических изменений в легких. Больных беспокоит чувство стеснения в груди, небольшой кашель, появляются цианоз и пальцы в виде «барабанных палочек». В легких влажные хрипы, может быть кровохарканье.

**Лечение**

1. Улучшение дренажной функции бронхов:

- бромгексин по 1 таблетке 3 раза в день;

- щелочные ингаляции №10;

- электрофорез с 3% йодистым калием на грудную клетку №10.

2.Уменьшение фиброзирующих процессов в легких: глютаминовая кислота 0.25 3 раза в день

3. Улучшение иммунобиологической резистентности организма:

Рациональное питание, рациональный режим труда и отдыха, аскорбиновая кислота 5%-2 мл в/м №10, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки.

**Рекомендации**

1. Диспансерное наблюдение терапевта по месту жительства
2. Курсы восстановительной терапии 2 раза в год
3. Санаторно-курортное лечение
4. Избегать контакта с пылью
5. Контроль у профпатолога краевого профцентра через 1 год.
6. Очередное переосвидетельствование МСЭ

**Профилактика**

Максимальное снижение запыленности рабочего места. Использование индивидуальных средств защиты. Тщательное проведение предварительных и периодических медосмотров. Соблюдение противопоказаний по допуску к работе.

**Выписка из приказа № 90**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вредные опасные вещества и производ-ственные факторы | Периодич-ность осмотров в ЛПУ | Периодич-ность осмотров в центре профпато-логии | Участие врачей специалис-тов | Лаборатор-ные и функциона-льные исследования | Мед. Противопоказанияв дополнение к общим мед противопоказаниям |
| Углерод-ные пыли с содержа-нием свободного диоксида кремния от 5 до 10% | 1 раз в 2 года | 1 раз в 5 лет | ТерапевтЛОР, дерматовенеролог | Рентгенография грудной кл. при предварительном осмотре, первая через 5 лет работы, при стаже 5-15 лет через 3 года, при стаже более 15 лет, ежегодно ФВД | Тотальные дистрофические и аллергические заболевания ВДП, хр. Заболевания бронхолегочной системы, искривление носовой перегородки, хронические заболевания кожи, аллергические заболевания при контакте с аэрозолями, обладающими аллергич. Свойствами, врожденные пороки сердца и органов дыхания |
| Производ-ственный шум при превышении ПДУ до 90 дБа |  |  | Отоларинголог, терапевт, невролог | Аудиометрические исследования вестибулярного аппарата | Стойкое снижение слуха, отосклероз и другие хронические заболевания |
| Оксиды азота | 1 раз в 2 года | 1 раз в 5 лет | Терапевт, отоларинголог | Функция внешнего дыхания | Распространенные субатрофич. изменения всех отделов ВДП, гиперпластический ларингит, хронические заболевания бронхолегочной системы с частыми обострениями |