**Обоснование диагноза.**

Паспортная часть:

1. Х.
2. Дата рождения
3. Профессия –
4. Поступил -
5. Курация -

Клинический диагноз: Профессиональная гормонзависимая неинфекционно-алергическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН || ст. Компенсированное легочное сердце.

Диагноз поставлен на основании:

1. Трудового маршрута – с 1958 г. по 1994 г. слесарь сборщик на заводе Радиоприборов. С 1994 г. инвалид 2 – ой группы.
2. Данных санитарно- гигиенических условий труда: рабочее место слесаря- монтажный стол. Рабочая поза, в основном сидя - 75% рабочего времени.

При работе используется клеящие мастики различных марок: УДН, ВК – 9, ИК – 300. Работа с клеящими мастиками от 115- 120 минут в день. В воздухе рабочей зоны слесаря содержится: этилацетата – 100 мг/м3 (ПДК- 200); эпихлоргит – 0,66 (ПДК –1); концентрация толуола и ксилола в пределах ПДК. Естественное освещение и естественное проветривание помещения сборочного участка оборудовано приточно-вытяжной вентиляцией. Режим работы пятидневная рабочая неделя. В помещении сборочного участка на расстоянии 5- 7 м от рабочего места больного проводятся работы по райке и оплавлению деталей с применением канифоли. Местная вытяжка на рабочем месте слесаря отсутствует. При контровке деталей применяется ЭПК на основе эпоксидных смол, где в качестве отвердителя используется гексометилендиамин. Работа проводится ежедневно в небольшом количестве - 20 мин в смену. ЭПК наносится на гайку монтажным крючком. Эпизодически слесарь проводит механическое сверление плат из стеклотекстолитовых материалов, содержащих фенольно–формальдегидные смолы, при этом возникает выделение формальдегида. Случаев проф. Заболеваний на данном участке не выявлено. Работа в качестве слесаря механических работ по классификации условий и характеристики труда, по вредности и опасности, тяжести и напряженности по факторам, вредным химическим выбросам, тяжесть труда относится ко второму классу (допустимо).

1. Данные мед. Журнала:

Состояние здоровья в 1958 г. практически здоров.

1. Объективно:

Жалобы: на инспираторную одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, периодические приступы удушья, слизисто-гнойную мокроту, затруднение дыхания.

Анамнеза:

С 1980 г. заболел бронхиальной астмой. Приступы возникали часто в основном в рабочее время, купировались биротеком. По 4-5 раз в год находился на стационарном лечении. Во время отпуска количество приступов значительно сокращалось. 1987 г. 3-я группа инвалидности – рабочая. В 1989 г. находился на саноторно- курортном лечении в соляной шахте. С 1990 г. принимает преднизолон в таблетках. С 1994 г. 2- я группа инвалидности.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Нормотермия. Гиперстеник. Кожные покровы бледно- розовые. Лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 130/90 мм. рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул и диурез в норме.

***Система органов дыхания.***

*Осмотр*: форма носа не изменена, дыхание свободное. Гортань не деформирована. Голос звучный. Грудная клетка эмфизематозная, ригидная, участвует в акте дыхания. Ключицы и лопатки выступают не сильно. Тип дыхания смешанный. Число дыханий в покое 20-22 в мин. *Пальпация:* болезненных участков при пальпации не выявлено. Голосовое дрожание легких проводится хорошо. *Сравнительная перкуссия:* легких – коробочный звук. Сравнительная перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **верхняя граница:** | **справа:** | **слева:** |
| высота верхушек спереди | 3см. | 3см. |
| высота верхушек сзади | v⏸ шейный | v⏸ шейный |
| **нижняя граница легких** | **справа:** | **слева:** |
| по окологрудинной | 5 ребро | не определяется |
| по среднеключичной | 6 ребро | не определяется |
| по переднеподмышечной | 7 ребро | не определяется |
| по среднеподмышечной | 8 ребро | 8 ребро |
| по заднеподмышечной | 9 ребро | 9 ребро |
| по лопаточной | 10 ребро | 10 ребро |
| по околопозвоночной | 11 ребро | 11 ребро |
| **дыхательная экскурсия** | **справа:** | **слева:** |
| по среднеключичной | 2,5см. | не определяется |
| по среднеподмышечной | 2,5см. | 2,5см. |
| по лопаточной | 2,5см. | 2,5см. |

*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково.

**Анализ мочи от 13.01.2000г.**

Цвет - светло-желтый,

прозрачность - не полная,

относительная плотность - 1014,

реакция - кислая,

белок, сахар - не обнаружен,

лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

**Анализ крови от 7. 03. 02.**

**Лабораторные исследования:**

Анализ крови общий:

|  |  |
| --- | --- |
| гемоглобин | 153г\л |
| лейкоциты | 4,9 |
| палочкоядерные | 2% |
| сегментоядерные | 63% |
| эозинофилы | 8% |
| базофилы | 0% |
| лимфоциты | 22% |
| моноциты | 3% |
| СОЭ | 8%мм/час |

Заключение рентгена грудной клетки:

Эмфизема легких. Бронхо–эмфизема легких? Двухсторонний слипчивый плеврит.

Исследование функции внешнего дыхания:

ЧД – 19

ДО – 1160 N N%

РО выд. – 900 (1110) 81%

Емк. Выд.- 1940 (2880) 67%

МОД – 22,7

МВЛ – 48,1 (129) 37%

ЖЕЛ – 3250 (3880) 84%

Мощность выдоха – 3,91 (7,89) 50%

Объемная скорость 25%– 0,451 (1,51) 30%

Объемная скорость 50% - 1,05 (4,17) 25%

Заключение: значительная обструкция мелких и средних бронхов, положительная проба с бронхолитиками.

Анализ мокроты: выделены стрептококки и кандиды чувствительные к ампицилину и канамицину.

**Тесты:**

# 1. ТТЕЭМ (тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов ) с 0,0001% формальдегидом – положительная по типу угнетения.

1. Ингаляционная проба с канифолью – положительная по немедленному типу.

Бронхиальная астма поставлена на основании жалоб на инспираторную одышку, приступы удушья купирующиеся биротеком, анамнеза- заболевания с 1980 года, приступы 4-5 раз в год, объективного осмотра- эмфизематозная грудная клетка, ослабленное везикулярное дыхание, уменьшенная экскурсия грудной клетки, на основании лабораторных данных- функция внешнего дыхания – обструкция средних и мелких бронхов, положительная проба с бронхолитиками.

Результаты обследования позволяют расценить у больного бронхиальную астму как следствие воздействия производственных факторов (формальдегид, канифоль).

Течение утяжеляется перенесенной пневмонией, следствием которой явилась развитие бронхоэктазов, пневмосклероза, слипчевого плеврита. Учитывая длительный стаж работы в контакте с веществами раздражающего и сенсибилизирующего типа, данных мед. Документации, результатов проведенного обследования ( положительной пробы ТТЕЭМ, проба с канифолью) бронхиальную астму следует считать профессиональной.

Дифференциальный диагноз:

1. Характерны черты профессиональной бронхиальной астмы:

А) развивается у работников имеющих контакт с профессиональными аллергенами; б) быстрое развитие (работник может точно указать время появления приступа)

В) развитие астмы проходит без предварительного фонового заболевания

Г) отягощенный аллергический анамнез не важен

Д) возраст больных средний и пожилой (длительный контакт с аллергеном)

Е) выраженный симптом элиминации.

1. Характерны черты не профессиональной бронхиальной астмы:

А) развивается при контакте с не профессиональными аллергенами (пыльца растений, домашняя пыль, пищевые продукты и т.д.);

Б) обострение в весенне - летний период.

В) аллергический анамнез и наследственность отягощены,

Г) возраст пациентов разный, часто дебют в молодом возрасте

Д) симптом элиминации четко не выражен.