Паспортные данные:

ФИО

Возраст: 50 лет (12.03.1960)

Место жительства:

Место работы: пенсионер (инвалид 3 группы)

Дата поступления: 26.03.2010

Профессиональный маршрут:

- с 09.1975 по 12.1979 – ученик ГПТУ – 3

- 06.1979 по 10.1980 – МГВМ на подземном участке шахты «Хальмер-Ю»

- 11.1980 по 12.1982 – служба в СА

- 03.1983 по 03. 1983 – ГРП поверхности

- 04.1983 по 06.1984 – МГВМ

- 06.1984 по 12.1991 – ГРОЗ

- 12.1991 по 10.1992 – МГВМ

- 10.1992 по 1995 – ГРОЗ

Профессиональные вредности: локальная вибрация, пыль, физическое напряжение, однотипные движения, вынужденная поза.

Стаж работы по основной профессии-18 лет

Общий стаж- 20 лет

С 1995 года – 60% утрата трудоспособности, в настоящее время также 60% утраты трудоспособности

Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда:

*Описание технологического процесса:*

Работа МГВМ оборудованного приточным агрегатом типа АЩ, заключалась в управлении выемочными агрегатами, раскреплением опорных балок и приводящих головок, с помощью гидродомкратов и закреплением их в необходимом положении для выемки угля, замене узловых деталей щитового агрегата, смазке узлов и деталей агрегата, оформление забоя с помощью отбойного молотка, дроблением негабаритных кусков породы, бурение шпуров с помощью перфоратора – 25% рабочего времени, управление конвееростру-ом 20-40% времени, управление гидросистемной крепи 15-20% рабочего времени производства, оформление забоя и дробление негабаритных кусков, 20% - осмотр агрегата и устранение неисправностей.

Работа ГРОЗ заключается в доставке пиломатериалов в лаву, частичном ремонте и восстановлении постоянного крепления, сортировке пиломатериалов осаривание лавы от обрезков леса, кусков угля и породы, передвижение по горизонтали и вертикали горной выработки. В течение 60-70% рабочего времени производства, доставка пиломатериалов в лаву по лесодоставляющим желобам , 30-40% рабочего времени производства осаривание лавы от кусков угля и породы обрезков пиломатериалов.

Профессиональные вредности:

Локальная вибрация

ПДУ локальной вибрации – 73 дБ

Фактический уровень – до 92 дБ, что превышает ПДУ на 19 дБ

Физическое напряжение рук ( подъем тяжестей до 60 кг), стереотипные движения.

Время контакта с производственным фактором – 60% рабочего времени.

Класс условий труда – 3.3

Средства защиты: в обводненных условиях – специальный прорезиненный костюм; противопылевые респираторы, антивибрационные рукавицы..

Со слов пациента эффективность средств защиты неудовлетворительная.

Продолжительность рабочей смены: 12 часов, сменность -2-3

Перерыв прием пищи, отдых – 5-10% рабочего времени (не всегда использовался по назначению)

Продолжительность отпуска: 18 дополнительных дней отпуска

Предварительный медосмотр прошел - был годен к работе.

Периодические медицинские осмотры: проводились ежегодно до 1995 года патологии не выявлялось( с 1979 года состоит на учете у невролога).

С 1995 года подозрение на профессиональное заболевание.

Вывод: учитывая длительность стажа работы забойщиком (18 лет), наличие профессиональных вредностей (локальная вибрация, напряжение рук, стереотипные движения), превышающая ПДУ вибрация на 19 дБ, незначительную эффективность средств индивидуальной защиты ( со слов пациента) можно предположить, что это могло привести к развитию у больного профессионального заболевания.

Жалобы на момент курации: на постоянные боли в руках: локтевых, плечевых суставах, онемение рук, зябкость и побеление при холоде, слабость в кистях, выпадение мелких предметов из рук, давящие боли в области сердца, купирующиеся нитроглицерином, одышку, чувство нехватки воздуха, головную боль, повышение артериального давления.

Anamnesis morbi: считает себя больным с 1989 года, когда впервые появились ноющие боли в кистях рук, преимущественно в ночное время, онемение в кистях рук, к врачу не обращался – списывал на усталость после работы, не лечился. С 1994 года стал отмечать ухудшение состояния – усиление болей в кистях рук, онемение, снижение силы в кистях, повышенную зябкость кистей рук. В 1995 году на периодическом медицинском осмотре заподозрено профессиональное заболевание. Больной был госпитализирован для обследования и решения вопроса о наличие профессионального заболевания, где был поставлен диагноз: Вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей от комплекса производственных факторов (локальная вибрация, физическое напряжение рук)

МСЭК определил 60% утраты трудоспособности по профессиональному заболеванию.

С 1995 года ежегодно проходит курс лечения в УОЦПП. После лечения отмечает улучшение состояния.

Принимает санаторно-курортное лечение.

Данная госпитализация является плановой.

Anamnesis vitae: Родился в городе Воркута 12 марта 1960 года вторым ребенком в семье. Рос и развивался нормально. В школу пошел с 7 лет. В умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. Закончил 8 классов. Учился в ГПТУ-3. служил на Дальнем востоке. Работать начал с 16 лет. Женат, имеет троих детей. С 1995 года – 60% утраты трудоспособности (инвалид 3 группы), не работает.

Бытовой анамнез: жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: ЧМТ в 1979,1989,1991 годах.

Оперативные вмешательства по поводу бурсита – правого локтевого сустава – 1991 год, левого локтевого сустава – 1996 год. Инфаркт миокарда – 1997 год.

Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез: непереносимость каких-либо лекарственных препаратов, бытовых веществ, пищевых продуктов не отмечает..

Наследственность не отягощена.

Трансфузионный анамнез – гемотрансфузии отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев отрицает.

Экспертный анамнез: с1995 года 60% утраты трудоспособности.

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание – ясное. Положение – активное. Выражение лица – обычное

Телосложение – правильное, нормостеническое

Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности. Эластичность, тургор кожи достаточны.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, чистые.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.

Отеков нет.

Лимфатические узлы – подчелюстные пальпируются величиной 4-5 мм в диаметре, округлой формы, мягко-эластической консистенции, не спаяны с окружающей клетчаткой и подлежащими тканями, безболезненны при пальпации.

Затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подключичные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система развита удовлетворительно, тонус снижен, при пальпации мышцы безболезненные.

Костная система: кости без видимой деформации, безболезненные при пальпации и поколачивании. Суставы обычной конфигурации, без деформации, кожа над ними нормальной температуры, на коже локтевых суставов справа и слева рубцы длиной 5-6 см после оперативного вмешательства по поводу бурсита.

Status localis

Кожа кистей рук сухая, с цианотичным оттенком. Кисти прохладные. Имеются деформации в виде утолщения межфаланговых суставов. Ногтевые пластины гладкие, блестящие, «отполированные». Сила в кистях рук снижена.

Отмечается гипестезия по полиневритическому типу в виде высоких перчаток.

Проба белого пятна положительная (окраска кожи восстанавливается через 15 секунд). Проба Боголепова – положительная (окраска восстанавливается через 50 секунд)

Система органов дыхания

Нос обычной формы. Носовое дыхание не затруднено. Носовая перегородка не искривлена. Болезненности при пальпации в местах проекции придаточных пазух носа нет. Голос громкий. Грудная

клетка правильной, нормостенической формы. Эпигастральный угол 90 градусов. Межреберные промежутки не расширены. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки располагаются на одинаковом уровне, над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон.

Дыхание смешанного типа, ритмичное, нормальной глубины ЧД=18/мин.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. Окружность грудной клетки 98 см. Дыхательная экскурсия грудной клетки 7 см.

*Пальпация.* Грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание не изменено, одинаково проводится в симметричные отделы грудной клетки.

*Перкуссия* При сравнительной перкуссии над

симметричными областями грудной клетки выявляется ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 3 см | 3 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Ширина полей Кренига справа и слева 5 см.

Нижняя граница лёгких.

*Аускультация .*

Над всей поверхностью легких выслушивается жёсткое

дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

Система органов кровообращения

*Осмотр.*

Область сердца без деформаций, сердечный горб отсутствует. Патологическая пульсация не определяется.

*Пальпация.*

Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберном промежутке на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, локализованный, усиленный, положительный, умеренной резистентности.

Правожелудочковый толчок не пальпируется. Сердечное дрожание и шума трения плевры не выслушивается.

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | На уровне 4 межреберья по правому краю грудины |
| верхняя | 3 ребро |
| левая | на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| границы | местонахождение |
| Правая | По левому краю грудины в 4 межреберье |
| Левая | На 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | 4 ребро слева |

Ширина сосудистого пучка ( во 2 межреберье) 7 см.

*Аускультация*: тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 79 в минуту, соответствуют пульсу.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов пищеварения

*Осмотр полости рта*: губы розовые, влажные, язык влажный обложен у корня белым налетом. Десны розовые, умеренной влажности, не кровоточат. Слизистая мягкого, твердого неба, задней стенки глотки бледно-розового цвета, умеренной влажности, чистая. Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено.

*Осмотр живота*

Живот правильной формы, передняя брюшная стенка, симметричная, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника не определяется.

*Поверхностная ориентировочная пальпация*

Живот мягкий, безболезненный, напряжения брюшной стенки нет. Расхождения прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не увеличено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

*Глубокая скользящая пальпация*

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого плотного цилиндра диаметром 3 см, подвижная, безболезненная, не урчит.

*Перкуссия живота*

Определяется высокий тимпанический звук. Свободная жидкость и газы в брюшной полости не определяются.

*Аускультация живота*

Выслушивается звук перистальтики (умеренная, тихая)

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Гепатолиенальная система.

*Осмотр*

Выпячивания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширение подкожных вен нет.

*Пальпация*

Печень не пальпируется. Нижний край печени не выходит из-под правой реберной дуги.

*Перкуссия*

Размеры печени по Курлову: по среднеключичной линии – 9 см, по срединной линии – 8 см, по левой реберной дуге – 7 см.

*Исследование желчного пузыря*

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы желчного пузыря – отрицательные.

*Исследование селезенки*

Пальпаторно селезенка в положение больного лежа на спине и на правом боку не определяется.

Перкуссия селезенки

Длинник 6см, поперечник – 5 см

Система органов мочеотделения

Отеков на лице нет

*Поясничная область*

При осмотре область почек без видимой патологии, при пальпации область почек безболезненна. Почки в положении больного стоя, лежа на спине, на боку не пальпируются

При перкуссии – симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.

*Надлобковая область*

При осмотре области мочевого пузыря – выбухания над лоном не определяется.

*Пальпация* – мочевой пузырь не пальпируется. Мочеточниковые точки безболезненные.

При перкуссии мочевой пузырь не определяется.

*Аускультация*

Шум над областью почечных артерий отсутствует.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Эндокринная система

Область шеи без видимой патологии. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. Экзофтальм отсутствует. Глазные симптомы Грефе, Кохера, Мари – отрицательные.

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Нервная система

Сознание ясное. Ориентация во времени и пространстве сохранена. Поведение адекватное. Подавленности, раздражительности не отмечено.

Глазные щели симметричные, не изменены. Зрачки не расширены. Реакция на свет сохранена. Острота зрения снижена. Конвергенция ослаблена с двух сторон. Носогубные складки симметричные, язык по срединной линии. Слух, речь не изменены. Память не нарушена.

Менингеальные симптомы отрицательные.

Роговичный, глоточный рефлекс выраженные, симметричные. Походка обычная.

Гипестезия рук по типу высоких перчаток, гипотермия, гипогидроз кистей. Положительный симптом белого пятна.

В позе Ромберга – пошатывание.

Предварительный диагноз

Вегетативно сенсорная полиневропатия верхних конечностей от комплекса производственных факторов (локальная вибрация, физическое перенапряжение рук)

План обследования

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови (холестерин, сахар, креатинин, CРБ, в-липопротеиды)
4. общий анализ мокроты
5. ЭКГ
6. Электротермометрия, холодовая проба
7. Альгиземетрия
8. Вибротестирование
9. Динамометрия
10. Капилляроскопия
11. Реовазография сосудов верхних конечностей
12. Реовазография сосудов нижних конечностей
13. рентгенография кистей рук

Данные дополнительных методов обследования

1. общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | У больного | В норме | Интерпретация |
| Эритроциты | 4,4х1012/л | 4-4,9х1012/л | норма |
| Гемоглобин | 135 г/л | 120-150г/л | норма |
| ЦП | 0,95 | 0,8-1,1 | норма |
| Лейкоциты | 4,6х109/л | 4-9х109/л | норма |
| Нейтрофилы |  |  | норма |
| П/я | 2% | 1-4% | норма |
| С/я | 64% | 45-70% | норма |
| Лимфоциты | 26% | 24-30% | норма |
| Моноциты | 3% | 6-8% | норма |
| Эозинофилы | 1% | 0-5% | норма |
| СОЭ | 9 мм/ч | 2-12мм/ч | норма |

Заключение: общий анализ крови без патологии

2. Общий анализ мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | У больного | В норме | Интерпретация |
| Количество | 150 мл | 50,-150,0 | норма |
| Уд. вес | 1015 | 1005-1020 | норма |
| Цвет | с/ж | с/ж | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Реакция | кислая | кислая | норма |
| Белок | 0 | 0 | норма |
| Сахар | 0 | 0 | норма |
| Эритроциты | 0 | 0 | норма |
| Лейкоциты | 0-1 в п.зр | 0-2-3 в п.зр | норма |
| Эпителий | 0 | 2-3 в п.зр | норма |

Заключение: общий анализ мочи без патологии

3. Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | У больного | В норме | Интерпретация |
| Холестерин | 4,6 ммоль/л | 1,3-5,2 ммоль/л | норма |
| В-липопротеиды | 42 ЕД | 0-60Ед | норма |
| Креатинин | 79 мкмоль/л | 55-97мкмоль/л | норма |
| Сахар | 4,6 ммоль/л | 3,3-5,5 ммоль/л | норма |
| СРБ | - | - | норма |

Заключение: биохимический анализ крови без патологии

4. Общий анализ мокроты

Сероватая, полужидкая, лейкоциты-2-3 в п.зр, эпителий-3-4-8 в п.зр, ВК не обнаружены

5.ЭКГ : ритм синусовый, ЧСС-78 уд в минуту, нормальное положение ЭОС.

6. Электротермометрия – исходная температура кожных покровов на тыльной поверхности кистей – 280С, через 20 минут - 250С

Холодовая проба – усиление акроцианоза.

7. Альгиземетрия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| 3 палец кисти у ногтя | 1,2 | 1,2 |
| Подушечки | 1,5 | 1,5 |

Заключение: значительное увеличение порога болевой чувствительности

8. Вибротестирование.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 63 Гц | 125 Гц | 250 Гц |
| Правая рука | 27,0 | 29,0 | 24,0 |
| Левая рука | 26,6 | 26,0 | 24,0 |

Заключение: значительное снижение вибрационной чувствительности

9. Динамометрия:

Мышечная сила: D – 36 кг S- 32 кг (норма 40-50 кг)

Заключение: снижение силы мышц рук на 10 кг на обеих руках

10. Капилляроскопия

Фон бледно-розовый, мутный. Количество капилляров 15-17 в поле зрения, по форме в виде извитых петель с локальными расширениями. Кровоток замедлен.

11. Реовазография сосудов верхних конечностей

Ангиоспаститечский тип кривой при достаточном ПК в дистальных отделах, снижен в проксимальных, сосудистый тонус повышен, периферическое сосудистое сопротивление повышено, венозный отток затруднен.

12. Реовазография сосудов нижних конечностей

Кровообращение по магистральному типу, увеличен ПК в обеих конечностях, эластичность стенки сосуда снижена, периферическое сосудистое сопротивление несколько увеличено, венозный отток затянут.

13. Рентгенография кистей рук

Заключение: дегенеративно-дистрофические изменения в костях суставов и кистей

Клинический диагноз и его обоснование:

*Основной:* Вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей от комплекса производственных факторов (локальная вибрация, физическое перенапряжение рук)

*Сопутствующий:* Артериальная гипертензия 3ст, 3 ст, риск 4. Стенокардия напряжения 3 ф.кл. ПИКС (1997 г). Хроническая сердечная недостаточность 1 ст. Последствие ЧМТ в виде гипертензионно-гидроцефалического, астено-невротического синдрома. Хронический бронхит, ремиссия. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия.

Обоснование диагноза:

1) профессионального маршрута с 1975 года забойщик на шахте Хальмер-Ю. стаж работы по основной профессии 18 лет. Профессиональные вредности: локальная вибрация, пыль, физическое напряжение, однотипные движения, вынужденная поза.

2) санитарно-гигиенической характеристике условий труда:

Длительный контакт ( в течение 18 лет с локальной вибрацией превышающей ПДУ на 19дБ, низкую эффективность средств зашиты, работа, связанная с постоянным физическим напряжением рук, стереотипными движениями, ненормированный рабочий день.

3) жалоб больного: на постоянные боли в руках: локтевых, плечевых суставах, онемение рук, зябкость и побеление при холоде, слабость в кистях, выпадение мелких предметов из рук, давящие боли в области сердца, купирующиеся нитроглицерином, одышку, чувство нехватки воздуха, головную боль, повышение артериального давления.

4) анамнеза заболевания: считает себя больным с 1989 года, когда впервые появились ноющие боли в кистях рук, преимущественно в ночное время, онемение в кистях рук, к врачу не обращался – списывал на усталость после работы, не лечился. С 1994 года стал отмечать ухудшение состояния – усиление болей в кистях рук, онемение, снижение силы в кистях, повышенную зябкость кистей рук. В 1995 году на периодическом медицинском осмотре заподозрено профессиональное заболевание. Больной был госпитализирован для обследования и решения вопроса о наличие профессионального заболевания

5). *Status localis*

Кожа кистей рук сухая, с цианотичным оттенком. Кисти прохладные. Имеются деформации в виде утолщения межфаланговых суставов. Ногтевые пластины гладкие, блестящие, «отполированные». Сила в кистях рук снижена.

Отмечается гипестезия по полиневритическому типу в виде высоких перчаток.

Проба белого пятна положительная (окраска кожи восстанавливается через 15 секунд). Проба Боголепова – положительная (окраска восстанавливается через 50 секунд)

6).*данных дополнительных методов исследований*

- Электротермометрия – исходная температура кожных покровов на тыльной поверхности кистей – 280С, через 20 минут - 250С

- Холодовая проба – усиление акроцианоза.

- Альгиземетрия: значительное увеличение порога болевой чувствительности

- Вибротестирование. значительное снижение вибрационной чувствительности

- Динамометрия: снижение силы мышц рук на 10 кг на обеих руках

- Капилляроскопия

Фон бледно-розовый, мутный. Количество капилляров 15-17 в поле зрения, по форме в виде извитых петель с локальными расширениями. Кровоток замедлен.

- Реовазография сосудов нижних конечностей

Кровообращение по магистральному типу, увеличен ПК в обеих конечностях, эластичность стенки сосуда снижена, периферическое сосудистое сопротивление несколько увеличено, венозный отток затянут.

- Реовазография сосудов нижних конечностей

Кровообращение по магистральному типу, увеличен ПК в обеих конечностях, эластичность стенки сосуда снижена, периферическое сосудистое сопротивление несколько увеличено, венозный отток затянут.

- Рентгенография кистей рук дегенеративно-дистрофические изменения в костях суставов и кистей

Лечение:

1. Режим палатный
2. Стол №10
3. Rp.: Sol. Trentali 2%-5 ml

D.t.d.n 20 in amp.

S. 5 мл развести в 200 мл 0,9% раствора NaCl вводить

внутривенно капельно

(для улучшения микроциркуляции, улучшение реологических свойств крови, улучшение снабжения тканей кислородом)

1. Для улучшения мозгового кровообращения:

Rp.: Sol. Cavintoni 0,5%-2 ml

D.t.d.n 10 in amp.

S. 5 мл развести в 200 мл 0,9% раствора NaCl вводить

внутривенно капельно

1. Для уменьшения болевого синлрома

Rp.: Sol. Ortopheni 2,5%-3 ml

D.t.d.n 5 in amp.

S. вводить внутримышечно 2 раза в день

1. Rp.: Benzonetoni 0,1

D.t.d.n 20 in tabl.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

(эффекты: расширение артериол, мелких артерий, увеличение кровенаполнения тканей, блокада проведения импульса в симпатических и парасимпатических ганглиях)

1. Rp.: Sol. Acidi Nicotinici 1%-1 ml

D.t.d.n 10 in amp.

S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1 раз в день

(расширение сосудов, снятие спазма сосудов, улучшение микроциркуляции)

1. Rp.: Sol. Cyanocoboloamini 0,1%-1 ml

D.t.d.n 10 in amp.

S. Вводить внутримышечно 1 раз в день

(улучшает нервно-мышечную проводимость)

9. Rp.: Enalaprili 0,05

D.t.d.n 20 in tabl.

S. Принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

(поддержание нормального уровня артериального давления)

10 Rp.: Sol. Phosphodeni 2%-2 ml

D.t.d.n 10 in amp.

S. Вводить внутримышечно по 2 мл 1 раз в день

(улучшает проницаемость сосудов, нормализует кислородный баланс)

11. Электрофорез с новокаином на кисти рук

12. Двухкамерные ванны с нафталиновой эмульсией

13. Дарсонвализация верхних конечностей