МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра: “Неврологии и нейрохирургии”

Курс: “Профессиональные болезни”

Курсовая работа

Академическая история болезни

Зав. кафедрой: к. м. н., доцент

Преподаватель: заведующая отделением

профессиональной патологии ОКБ

имени Н.Н. Бурденко

Клинический диагноз

Основное заболевание: Вегетосенсорная полинейропатия рук, умеренно выраженные проявления от воздействия комплекса производственных факторов (локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук водой). Заболевание профессиональное.

Сопутствующие заболевания: Хронический плечелопаточный периартериит справа. Заболевание общее.

Куратор: студентка

Дата начала курации: 24.03. 2008 г.

Дата окончания курации: 27.03. 2008 г.

Пенза, 2008 г.

Паспортная часть

Ф. И.О.:

Возраст: 48 лет (дата рождения 10.04.1959 г)

Пол: женский

Место жительства: Пензенская область, г. Никольск, ул. Строительная, дом 17

Профессия: шлифовщица

Место работы: пенсионерка с 2005 года, 28 лет работала на заводе “Красный Гигант” (с 1974 года по 2005 год), из них 26 лет шлифовщицей (с 1979 года по 2005 год).

Дата и час поступления: 17.03. 2008 в 10.40

Направлена: Областной поликлиникой

Жалобы

Больная предъявляет жалобы на ноющие, ломящие, тянущие боли в кистях, предплечьях, беспокоящие больше по ночам или во время отдыха и сопровождающиеся неприятными ощущениями ползания мурашек, а также она отмечает онемение и зябкость рук, снижение силы в руках, судорожное сведение пальцев рук, повышенную потливость ладоней, общую слабость, быструю утомляемость, повышенную раздражительность.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Больная родилась 10.04. 1959 года в Пензенской области городе Никольск, седьмым ребёнком в семье. Росла и развивалась без отклонений, соответственно возрасту. Мать кормила её своим молоком в течение 1,5 лет. С 3 лет пошла в детский сад. С 6 лет посещала среднюю школу (окончила 10 классов). По окончании школы поступила работать на завод “Красный гигант”. Работала 26 лет работала на заводе “Красный гигант” шлифовщицей стеклоизделий. В настоящее время – пенсионерка (с 2005 года).

Семейно-половой анамнез: Начало менструаций - 15 лет, цикл установился сразу. Месячные безболезненные, обильные, продолжительные (5 дней). Цикл регулярный - 26 дней. Начала вести половую жизнь с 18 лет. Замужем, имеет двоих детей (сыновья). Беременности и роды протекали хорошо, без патологии (2 беременности – 2 родов).

Трудовой анамнез: не работает, на пенсии с 2005 года.

Бытовой анамнез: Материально-бытовые условия хорошие, живёт в частном доме вместе с мужем. Климатические условия благоприятные. В зонах экологических бедствий не прибывала.

Питание: питается регулярно 3-4 раза в день, но не всегда принимает горячую пищу.

Вредные привычки: Не курит. Алкоголь употребляет в умеренном количестве (по праздникам). Наркотики не пробовала.

Перенесённые заболевания: В анамнезе ОРВИ. Травм, ранений, контузий не было. Наличие инфекционных заболеваний (гепатит, туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ – инфекция) отрицает. Гемотрансфузии не было.

Операционный анамнез: спокойный.

Эпидемиологический анамнез: Косметологических манипуляций, сопровождающихся нарушением целостности кожного покрова, больной не производилось. Регулярно посещает стоматолога.

Аллергический анамнез: Наличие бытовой, пищевой аллергии, а также непереносимость лекарственных веществ больная отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Трудовая книжка (профессиональный маршрут)

Спирькина Е.И., 41 год (1959 г. р), образование среднее (10 классов).

15.08. 1974 г. - принята в проф. училище в группу ровнильщиц. Приказ по проф. училищу от 15.08. 1974 г.

04.03. 1975 г. - принята на прядильное производство, ровнильщицей. Приказ № 162 от 08.07. 1975 г.

11.09. 1977 г. - переведена в цех выдувания стеклоизделий выдувальщицей Приказ № 15 от 11.09. 1977 г.

14.08. 1979 г. - переведена в цех обработки стеклоизделий учеником шлифовщика стеклоизделий. Приказ № 611 от 07.08. 1979 г.

19.03. 1980 г. - переведена в цехе шлифовщицей стеклоизделий 3 разряда. Приказ № 32/5к от 19.03. 1980 г.

20.01. 1992 г. - присвоен 4 разряд шлифовщицы стеклоизделий. Приказ № 5/5к от 20.01. 1992 г.

Санитарно - гигиеническая характеристика условий труда шлифовщицы стеклоизделий (2002 г)

Спирькина Е.И., 43 года (1959 г. р) работает в цехе № 4 ФГУП завод “Красный гигант” по профессии шлифовщицы стеклоизделий и имеет общий стаж работы 28 лет при стаже работы по профессии шлифовщицы стеклоизделий 26 лет.

Профессиональные вредности: статическое напряжение мышц рук и верхнего плечевого пояса, смачивание и охлаждение кистей и предплечий рук водой, локальная вибрация, сопутствующий высокочастотный шум.

Рабочие операции заключаются в нанесении рисунка на стеклоизделия при помощи абразивного круга на станке САГ-3. Рабочая, прижимая обрабатываемое изделие к поверхности вращающего круга наносит на него рисунок. Поза во время работы – сидя с наклоном туловища вперед и с упором на локтевые суставы и предплечья рук в течение 8 часового рабочего времени, с часовым обеденным перерывом, при пятидневной рабочей недели. Для смягчения упора под локтевые суставы подкладываются резиновые или поролоновые губки. С целью уменьшения пылевыделения и охлаждения обрабатываемого стеклоизделия на абразивный круг подается вода, подогретая до 27-30 градусов, которая, стекая по кистям и предплечьям рук, охлаждается, охлаждая при этом последние. Вес обрабатываемых стеклоизделий колеблется от 0,2 до 2-3 кг. Рабочие операции сопровождаются высокочастотным шумом со следующими частотными уровнями звука:

63 Гц-70-76дБ ПДУ 95дБ 1000Гц 76-84дБ ПДУ 76дБ

125Гц-74-76дБ ПДУ 87дБ 2000Гц 78-87дБ ПДУ 73дБ

250Гц-74-75дБ ПДУ 82дБ 4000Гц 80-88дБ ПДУ 71дБ

500Гц-75-80дБ ПДУ 78дБ 8000Гц 80-88дБ ПДУ 69дБ

что превышает предельно-допустимый уровень (ПДУ) на 2-19 дБ, согласно СН 2.2.4/2.1.8.562-96.

Параметры локальной вибрации на руках составляют:

ПДУ ПДУ

8Гц-101-134дБ 115дБ 125Гц 106-126дБ 109дБ

16Гц-101-134дБ 109дБ 250Гц 111-128дБ 109дБ

31,5Гц-106-134дБ 109дБ 1000Гц 115-121дБ 109дБ

63Гц-106-134дБ 109дБ 1000Гц 115-121дБ 109дБ

что превышает предельно-допустимый уровень (ПДУ) на 19-25 дБ, согласно СН 2.2.4/2.1.8.566-96.

Работа шлифовщицы относится к вредным условиям труда 3 класса степени (3.3) по вышеперечисленным параметрам и особенностям технологического процесса. Работа по профессии контролера стекольного производства относится ко 2-ой (допустимые условия труда) категории.

История настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

26 лет работала шлифовщицей стеклоизделий на заводе “Красный Гигант” в условиях воздействия локальной вибрации, статического мышечного напряжения, переохлаждения рук водой. Впервые диагноз: Вегетосенсорная полинейропатия рук, умеренно выраженные проявления от воздействия комплекса производственных факторов (локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук водой). Заболевание профессиональное – был установлен в марте 2003 года в Пензенском Центре Профпатологии. С мая 2005 года – не работает. Утрата трудоспособности составляет 20% до 23.03.08 г. Последний год лечилась амбулаторно и стационарно. Состояние больной за последний год стабильное.

Объективное исследование больного (Status praesens objectivus)

Общий осмотр.

Состояние больной удовлетворительное, температура тела 36.6 0С. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Рост 167 см, вес 62 кг. Больная нормостенического типа телосложения (над - и подключичные ямки умеренно выполнены подкожно-жировой клетчаткой, расположение рёбер косонисходящее, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол прямой, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2: 3).

Кожный покров умеренно влажный, бледно - розового цвета. Его эластичность сохранена, кровоизлияний, язв, “сосудистых звёздочек” нет. Тургор кожного покрова сохранён. Ногти овальной формы, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Видимые слизистые оболочки носа, рта, конъюнктив бледно-розового цвета, влажные, чистые. Склеры белые. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жировой складки в области лопаток 1.0 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон.

Кости не деформированы. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Лопатки расположены симметрично (нижний угол правой лопатки располагается на уровне нижнего угла левой лопатки).

Суставы правильной формы, движения в полном объёме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены.

## Система органов дыхания

Осмотр: Нос имеет нормальную форму. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет.д. еформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи так же не обнаружено. Гортань нормальной формы. Отёчности в области гортани нет. Голос тихий.

Грудная клетка правильной формы, симметрична, нормостенического типа (над - и подключичные ямки умеренно выполнены подкожно-жировой клетчаткой, расположение рёбер косонисходящее, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол прямой, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2: 3). Выраженного искривления позвоночника нет. Окружность грудной клетки составляет 95 см. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2см. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное с частотой 17 дыхательных движений в минуту, средней глубины. Дыхательные движения симметричны, отставания одной половины грудной клетки, участия дополнительной мускулатуры в дыхании нет.

Пальпация грудной клетки. При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и рёбер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, одинаково с обеих сторон.

Перкуссия. При проведении сравнительной перкуссии лёгких был выявлен ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких.

Данные топографической перкуссии:

Высота стояния верхушек лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Слева | Справа |
| Спереди | 3 см | 3 см |
| Сзади | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | |

Ширина верхушечных полей (поля Кренига) – 4,1 см справа и 4,2

слева.

Результаты топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница: | | |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | VI межреберье | - |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего края лёгких по задней подмышечной линии – 6,2 см справа и слева.

Аускультация. При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание по всем лёгочным полям. Крепитации и других побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью лёгких.

Система органов кровообращения

Исследование сердца.

Осмотр сердечной области. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Видимая пульсация в области сердца, ярёмной ямки, подложечной области отсутствует.

Осмотр артерий и вен: “пляска каротид” не просматривается, извитость артерий нормальная.

Пальпация. При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, высотой 0,5 см, резистентный, сильный. Сердечный толчок не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

верхняя – на уровне III ребра;

правая - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Конфигурация сердечной тупости нормальная. Размеры поперечника сердца - 11 см, расстояние от левой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 8 см, от правой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 3 см. Ширина сосудистого пучка 6 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

верхняя - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

правая - в IV межреберье по левому краю грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Аускультация сердца. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на легочной артерии и на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

Исследование сосудов.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 76 уд \ мин., частый, умеренного наполнения и напряжения, скорость распространения пульсовой волны 5,1 м/с, высокий, регулярный. Дефицит пульса не определяется. При пальпации аорты выявлена слабая её пульсация в ярёмной ямке.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на правой руке 120 и 70 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Система органов пищеварения

Осмотр.

Полость рта: слизистая бледно-розового цвета, умеренной влажности, состояние сосочкового слоя в норме, налётов, трещин, язв нет. Зубы ровные, санированы, десны, мягкое и твёрдое небо бледно-розовой окраски, безболезненные, налётов, геморрагий, изъязвлений нет.

Живот: симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания; окружность живота на уровне пупка – 80 см.

Перкуссия

Тимпанический перкуторный звук, наличие перемещающейся жидкости в полости живота не обнаружено.

Пальпация

Данные поверхностной пальпации: состояние мышц живота (тонус в норме, напряжение мышц среднее, расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии, пупочная грыжа отсутствуют), болезненности при пальпации нет. Поверхностных опухолевых образований не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Данные глубокой пальпации живота (глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско): в левой подвздошной области - сигмовидная кишка диаметром 1,5 см, гладкая, плотная, не урчащая, смещаемая, безболезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная. Нижняя граница желудка пальпируется на 4 см выше пупочного кольца, в виде эластического валика, безболезненна, характер поверхности – гладкая. Привратник расположен на 3,2 см выше пупка цилиндрической формы, диаметром 1,3 см, не подвижен, безболезненный, при пальпации отмечается небольшое урчание.

Аускультация

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

Печень и желчные пути

Осмотр: выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Перкуссия.

Границы абсолютной тупости печени по Курлову:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя | Нижняя |
| Правая срединно-ключичная | VII ребро | на 3 см ниже края рёберной дуги |
| Передняя срединная | - | на 3 см ниже рёберной дуги |
| Левая реберная дуга | - | на уровне левой парастернальной линии |

Наличие симптома Ортнера не выявлено.

Размеры печени по методу М.Г. Курлова:

1. по правой срединно-ключичной линии - 11 см;

2. по передней срединной линии - 9 см;

3. по левой реберной дуге - 8 см.

Пальпация: край печени закруглённый, мягкий, безболезненный, поверхность ровная, консистенция уплотненная. Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи - отрицательные.

Аускультация: шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

Селезёнка.

Осмотр: выпячивания не наблюдается, деформация в области селезёнки отсутствует.

Перкуссия: перкуторные границы селезёнки в норме (длинник селезёнки, располагается по X ребру, составляет – 6 см, а поперечник – 4 см).

Пальпация: не пальпируется.

Аускультация: признаков периспленита не выявлено.

Поджелудочная железа

Болезненность в области ее проекции отсутствует.

Пальпация: поджелудочная железа не пальпируется.

Система органов мочеотделения

Осмотр:

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области нет.

Перкуссия:

поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Надлобковая область: над лобком выявляется тимпанический перкуторный звук, увеличение мочевого пузыря не обнаружено.

Пальпация:

Почки: не пальпируются в положении стоя и лёжа. При нажатии на верхнюю и среднюю, рёберно-позвоночную и рёберно-поясничную точки болезненность отсутствует.

Мочевой пузырь: не пальпируется.

Развитие наружных половых органов соответствует полу и возрасту.

Эндокринная система

Щитовидная железа не видна, не пальпируется, определяется перешеек в виде эластичного тяжа шириной 0,5 см. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии нет. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожного покрова, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

Нервная система

Состояние психики.

Сознание ясное, больная ориентирована в пространстве и времени. В контакт вступает охотно. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию, на вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает быстро. Повышенной раздражительности, апатии, депрессии, эйфории, слабодушия не отмечено. Мнительности и навязчивых страхов нет. Отношение к своему заболеванию критическое. В разговоре больной отмечается последовательное изложение событий, эмоциональных реакций при беседе не возникало.

Речь, гнозия, праксия

Речь больной нормальная (дизартрии, скандирования, монотонности, заикания нет). Обращённую речь понимает. Целенаправленные действия, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве и топография собственного тела сохранены.

Функции черепных нервов в пределах нормы.

Двигательная сфера

Сила мышц справа 5 баллов, слева 5 баллов (D=S), объём активных и пассивных движений полный, темп нормальный. Отмечается выраженная пастозность в руках, больше выраженная с правой стороны.

Симптомы орального автоматизма не выявляются.

Чувствительная сфера

Болезненность нервных стволов при пальпации и вытяжении не отмечается. Болезненности в болевых точках Валли нет. Отмечается снижение вибрационной и болевой чувствительности в дистальных отделах верхних конечностей (с уровня средней трети предплечья). При пальпации определяется болезненность мышц предплечий. Анестезия, дизестезия, гиперпатия в отношении всех видов чувствительности не выявляются.

Координация движений

Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют. Дрожания нет. Скандированная речь, адиадохокинез не выявляются.

Менингеальные симптомы

Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные.

Вегетативные функции

Дермографизм розовый. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение в пределах возрастной нормы. Пролежней нет. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений не определяется. Пароксизмальные вегетативные расстройства не выявлены.

Status localis

Кисти прохладные, влажные, пастозные с мраморным рисунком кожи. При пальпации определяется болезненность мышц предплечий. Динамометрия с обеих сторон – 10 кг. Вибротест с обеих сторон – 3 - 4 сек. Проба с реактивной гиперемией - 2-50 сек. Холодовая проба (положительная) – побеление оси фаланг 4 пальцев правой руки. Снижены карпорадиальные рефлексы с обеих рук. Гипестезия по полиневритическому типу с уровня средней трети предплечья.

План обследования больной

Общий анализ крови;

Общий анализ мочи;

Биохимический анализ крови;

Флюорография органов грудной клетки (ФГ ОГК);

Реовазография (РЭО);

Электрокардиография.

Результаты лабораторного исследования больного.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма |
| Гемоглобин | 139,0 | 120 – 166 г/л |
| Эритроциты | 3,96 | 3,5 – 5,0\*1012/л |
| Гематокрит | 37,3 | 35 – 50% |
| Лейкоциты | 3,52 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| Палочкоядерные | 2 | 1 – 6% |
| Сегментоядерные | 63,9 | 45 – 70% |
| Эозинофилы | 1,7 | 0 – 4% |
| Лимфоциты | 22,2 | 18 – 40% |
| Моноциты | 9,6 | 2 – 9% |
| СОЭ | 6 | 1 – 16 мм/ч |

1. Общий анализ крови.17.03.08г.

2. Общий анализ мочи.

Количество – 150 мл

Прозрачная

Реакция кислая

Цвет - соломенно-желтый

Относительная плотность – 1020

Белок - отсутствует

Плоский эпителий 1 – 2 в поле зрения

Лейкоциты 1 – 2 в поле зрения

Эритроциты неизмененные

Слизь ++

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма |
| Общий белок | 67,9 г/л | 66-87г/л |
| Холестерин | 5,35 ммоль/л | 3,0 – 6,2 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,34 ммоль/л | 3,0-5,9 ммоль/л |
| Билирубин | 14,0 мкмоль/л | 8,5-20,5 мкмоль/л |
| Серомукоид | 0,15 усл. Ед. | 0,13-0,23 усл. Ед. |
| Сиаловая кислота | 2,0 ммоль/л | 2,0-2,4 ммоль/л |

3. Биохимический анализ крови.17.03.08г.

17.03.08г. Реакция ИФА на сифилис отрицательная.

Реакция РМП на сифилис отрицательная.

4. Флюорография.3.03.08г.

Заключение: патологических изменений со стороны легких не обнаружено.

5. РЕО.18.03.08г.

Фоновая проба, предплечье.

Пульсовое кровенаполнение слева: умеренно снижено (РИ=0,063 ОМ), справа: немного снижено (РИ=0,089 ОМ).

Коэффициент асимметрии 28,9%.

Тонус артерий мелкого калибра и артериол умеренно снижен (ДКИ слева=5, справа=7%).

Периферическое сопротивление умеренно снижено (ППСС слева=25, справа=31%).

Венозный отток слева: в пределах нормы, справа: (ИВО=3%).

Эластические свойства артерий в пределах нормы.

Кисть.

Пульсовое кровенаполнение значительно снижено (РИ слева=0,048ОМ, справа=0,028 ОМ).

Тонус артерий мелкого калибра и артериол слева: умеренно снижен (ДКИ=17%), справа: немного снижен (ДКИ=32%).

Периферическое сопротивление немного снижено (ППСС=44%).

Венозный отток слева: (ИВО=4%), справа: (ИВО=3%).

Эластические свойства артерий в пределах нормы.

6. ЭКГ.17.03.08г. Заключение: ритм синусовый, электрическая ось сердца горизонтальная, ЧСС 76 в минуту.

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Основные клинические особенности течения и синдромы | Вегетосенсорная полинейропатия | Болезнь Рейно | Сирингомиелия | Миалгии,  миозиты,  плекситы |
| Зависимость от профессии | Зависит | Не зависит | Не зависит | Зависят |
| Общие расстройства | Характерен поли-невритический синдром с расстройством вибрационной, болевой чувствите-льности и ангио-спазм перифери-ческих сосудов | Характерен выраженный ангиодистони-ческий синдром периферических сосудов с нали-чием асфиксии тканей. Переход в гангрену | Начинается исподволь. Медленно прогрессирует. Характерны сегментарные расстройства чувствительности. Атрофии, парезы, параличи | Болезнен-ность при пальпации определён-ных мышц и точек. Своеобра-зие рас-стройств чувствите-льности при пле-кситах, нет ангиоспаз-ма перифе-рических сосудов |
| Приступы побеления пальцев | Выражены локально на одной руке, обеих руках или ногах (в зави-симости от формы заболевания) | Выражены значительно на верхних и нижних конечностях | Нет | Нет |
| Расстройства чувствите-льности:  вибрационной | Практически всегда | Нет | В редких случаях | В редких случаях |
| болевой | По полиневритиче-скому типу | В редких случаях | По сегментарному типу | При плекситах в области сплетения |
| температур-ной | В выраженных стадиях заболевания | Не изменена или изменена не резко | Значительное выпадение по сегментарному типу | Нет |
| тактильной | Изменена | Как правило, не изменена | Не изменена | Снижена |
| Нарушение трофики | Выражено | Выражено в зависимости от стадии | Выражено в зависимости от стадии | Выражено в зависи-мости от стадии |

Как видно из таблицы вегетосенсорную полинейропатию необходимо дифференцировать от других заболеваний непрофессиональной этиологии: болезни Рейно, сирингомиелии и т.д. В нашем случае у больной четко установлена связь заболевания с профессией. Кроме того, установлен комплекс профессиональных факторов, воздействие которых и привело к развитию болезни. К ним относятся: локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук водой.

У пациентки наблюдается полиневритический синдром с расстройством вибрационной (вибротест с обеих сторон – 3-4 сек) и болевой чувствительности кистей, а также ангиоспазм периферических сосудов верхних конечностей (кисти прохладные, с мраморным рисунком кожи) – эти данные также свидетельствуют в пользу вегетосенсорной полинейропатии. При болезни Рейно наблюдаются выраженные сосудистые нарушения, распространяющиеся на все конечности и не сочетающиеся с сегментарными расстройствами чувствительности. При сирингомиелии возникают выраженные нарушения двигательной сферы (у больной двигательных нарушений нет), а также наблюдается ранее выпадение сухожильных рефлексов наряду с пирамидной симптоматикой (у больной карпорадиальные рефлексы не выпали, а лишь снижены). Для сирингомиелии характерно развитие артропатий и бульбарных расстройств, у больной данная патология не наблюдается.

Дифференцировать вегетосенсорную полинейропатию необходимо и от таких заболеваний, как невриты и плекситы. Следует иметь в виду, что при невритах и плекситах нарушение чувствительности имеет иной характер; не обязателен ангиоспазм, выявляются характерные болевые точки. Миозиты отличаются от вегетосенсорной полинейропатии острым началом, отсутствием расстройств чувствительности и тем, что они хорошо поддаются лечению.

Клинический диагноз и его обоснование

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Вегетосенсорная полинейропатия рук, умеренно выраженные проявления от воздействия комплекса производственных факторов (локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук водой). Заболевание профессиональное.

Сопутствующие заболевания: Хронический плечелопаточный периартериит справа. Заболевание общее.

Обоснование клинического диагноза:

Диагноз - Вегетосенсорная полинейропатия рук, умеренно выраженные проявления от воздействия комплекса производственных факторов (локальная вибрация, статическое мышечное напряжение, переохлаждение рук водой).

Заболевание профессиональное поставлен на основании:

Жалоб больного: на ноющие, ломящие, тянущие боли в кистях, предплечьях, беспокоящие больше по ночам или во время отдыха и сопровождающиеся неприятными ощущениями ползания мурашек; онемение, зябкость рук, снижение силы в руках, судорожное сведение пальцев рук, повышенную потливость ладоней, а также общую слабость, быструю утомляемость, повышенную раздражительность.

Данных анамнеза жизни: больная 26 лет работала шлифовщицей стеклоизделий на заводе “Красный гигант” в условиях воздействия локальной вибрации, статического мышечного напряжения, переохлаждения рук водой.

Санитарно-гигиенической характеристики условий труда:

профессиональные вредности: статическое напряжение мышц рук и верхнего плечевого пояса, смачивание и охлаждение кистей и предплечий водой, локальная вибрация, сопутствующий высокочастотный шум;

работа шлифовщицы относится к вредным условиям труда 3 класса степени (3.3).

Данных анамнеза заболевания: больная 26 лет работала шлифовщицей стеклоизделий на заводе “Красный гигант” в условиях воздействия локальной вибрации, статического мышечного напряжения, переохлаждения рук водой. Впервые диагноз профессионального заболевания был установлен в марте 2003 года в Пензенском профцентре, с 2005 года больная не работает, утрата трудоспособности составляет 20% до 23.03. 2008 г.

Данных объективного исследования: кисти прохладные, влажные, пастозные с мраморным рисунком кожи. При пальпации определяется болезненность мышц предплечий. Динамометрия с обеих сторон – 10 кг. Вибротест с обеих сторон – 3 - 4 сек. Проба с реактивной гиперемией - 2-50 сек. Холодовая проба (положительная) – побеление оси фаланг 4 пальцев правой руки. Снижены карпорадиальные рефлексы с обеих рук. Гипестезия по полиневритическому типу с уровня средней трети предплечья.

Лечение

Стол № 15.

Режим № 3.

ЛФК.

Массаж кистей и предплечий.

Электрофорез 5% раствором новокаина или 2% раствором (водного) бензогексония на кисти рук или воротниковую зону, сила тока 10-15 А, длительность воздействия 10-15 минут, процедуры проводить через день (15 на курс лечения).

Электрическое поле УВЧ (высокочастотная электротерапия) на воротниковую зону в слаботепловой дозе или даже без ощущения тепла в течение 10 минут, через день, 15 процедур на курс лечения.

Ультрафиолетовое облучение (УФО) малыми и субэритемными дозами, начиная с ¼ биодозы, дозировку каждые 2 дня увеличивать на ¼ биодозы и постепенно довести до 2-3 биодоз на воротниковую зону.

Двух - и четырехкамерные ванны (температура воды 36-37 град) с предварительным нанесением 10% эмульсии нафталанской нефти на верхние конечности, курс лечения 14-15 процедур через день или с перерывом один день после двух процедур.

Локальная баротерапия на верхние конечности.

Витамин В1 (тиамин) по 1 мл 6% раствора в/м ежедневно,1 р/д, курс 20-25 инъекций.

Витамин В12 в дозе 300-500 мкг в/м через день, курс 10 инъекций.

Витамин В6 (пиридоксин) по 1 мл 25% раствора в/м ежедневно, курс 20 инъекций.

Витамин РР (никотиновая кислота) по 1 мл через день п/к или в порошках по 0,05-0,1 г внутрь натощак в течение 3 недель.

Ортофен 2,5% - 3,0 в/м через день № 5.

Дибазол 1% - 1,0 в/м 1 раз в день № 10.

Папаверин 2% - 2,0 в/м 1 раз в день № 10.

Валериана внутрь по 1 таб.3 р/д, курс 10 дней,3 курса, промежуток между курсами - 10 дней.

Дневники наблюдений

24.03. 2008 г.

Режим - палатный.

Стол №.15.

Больная предъявляет жалобы на онемение кистей, зябкость рук, снижение силы в руках, повышенную потливость ладоней, слабость в руках, а также общее недомогание. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.6 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 76 уд. в мин. Язык чистый, влажный, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Стул регулярный, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1100 мл.

Назначения лечащего врача переносит хорошо, лекарственные препараты получает в полном объёме (согласно листу назначений). Продолжить лечение по заданной схеме.

25.03. 2008 г.

Режим - палатный.

Стол №.15.

Больная предъявляет жалобы на зябкость рук, повышенную потливость ладоней, слабость в руках. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.7 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 78 уд. в мин. Язык чистый, влажный, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Стул регулярный, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1000 мл.

Назначения лечащего врача переносит хорошо, лекарственные препараты получает в полном объёме (согласно листу назначений). Продолжить лечение по заданной схеме.

27.02. 2008 г.

Режим - палатный.

Стол №.15.

Больная предъявляет жалобы на повышенную потливость ладоней, слабость в руках. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.6 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 76 уд. в мин. Язык чистый, влажный, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Стул регулярный, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1000 мл. Выписана под наблюдение по месту жительства с улучшением состояния.

Рекомендовано:

Противопоказана работа во вредных условиях труда.

Диспансерное наблюдение невролога, эндокринолога по месту жительства.

Санаторно-курортное лечение сероводородными, азотно-термальными, радоновыми ваннами, грязелечение аппликациями (t0C 37-380).

Рациональное питание.

Явка в отделение профпатологии через год с выпиской из амбулаторной карты за прошедший после данной госпитализации период времени.