Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Заведующий кафедрой: проф. Лычев В.Г.

Преподаватель: проф. Архипов А.Г

Куратор: студентка 514 гр. Сат О.О.

# **История болезни**

**Клинический диагноз**: Пневмокониоз 1 степени, узловая форма.

### Барнаул-2009

**Паспортная часть**

Ф.И.О. Асеев Юрий Сергеевич

Дата рождения: 18 июня 1961 г.

Возраст: 47 лет.

Место жительства:

Место работы: Рубцовский филиал ОАО Алтай вагон

Профессия: сталевар

Дата курации: 20.01. 2009.

**Клинический диагноз**

Пневмокониоз 1 степени, узловая форма.

**Жалобы**

На приступообразный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты, иногда сухой, одышку (возникающую при физической нагрузке, подъем на 3 этаж), потливость. Слабость, быструю утомляемость.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 2005г, когда стал, отмечать быструю утомляемость, слабость, усилилась одышка, кашель. Впервые обследован в центре в 1997 г. При рентгенографии пневмокониоза не выявлено. Наблюдается в группе риска. Также было установлено, что больной имеет 20% утраты трудоспособности. С 2004 смена место работы. В настоящее время в связи с ухудшением самочувствия больной был госпитализирован в ККБ в отделение профпатологии с жалобами: На приступообразный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты, иногда сухой, одышку (возникающую при физической нагрузке, подъем на 3 этаж), потливость. Слабость, быструю утомляемость. Целью для уточнения диагноза и лечения.

**Профессиональный маршрут**

СГХ 57 от 12.09.2008-ОАО Алтай вагон Рубцовский филиал

1983 по 2004 г. ОАО Алтай СЛЦ - сталевар электрокабельной печи.

2004 по 2008 г. ОАО Алтай вагон Рубцовский филиал СЛЦ - столевар.

Санитарно-гигиеническая характеристика

Оксид углерода (2) при ПДК 20,0 мг/кг.

ОАО Алтпром 6,25-46,0 мг/кг (3,2).

Азота оксида ПДК 2,0 мг/кг.

ОАО Алтай вагон 0,5-7,2 мг/кг (3,2).

Марганец при пда 0.3 мг/кг. 0.1 - 0.6 мг/кг (3,1).

ОАО Алтпром – пыль Оксид кремния 2- до 18%.

ПДА 2,0 мг/кг. 3,9- 43,6 мг/кг (3,4).

ОАО Алтай вагон пыль пда 6,0мг/кг. 4.93-21,0 мг/кг. (3,2)

Оксид железа ПДА 6.0 мг/кг 2.0-9.5 мг/кг.(3.1).

**Anamnesis vitae**

Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания ОРЗ, детские инфекции. В 1974 была операция по поводу аппендицита. Травм нет. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. На данный момент не курит, раньше курил 1 пачку в день, алкоголь не принимает.

**Status praesens communis**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели – активное. Телосложение правильное, больной нормостенической конституции.

Кожные покровы обычного цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы умеренной влажности, эластичные, тургор несколько снижен. Оволосение по мужскому типу. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы умеренно развиты, тонус и сила не снижены, при пальпации безболезненны; уплотнений при пальпации мышц не выявлено.

Кости правильной формы, без деформаций. Утолщений и неровностей надкостницы при пальпации не выявлено. При ощупывании и поколачивании кости болезненны. Суставы обычной формы, воспаления, припухлости суставов нет; движения в суставах пассивные, болезненные.

Органы дыхания. Частота дыхательных движений – 17/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Носовое дыхание не нарушено, форма носа не изменена. Форма гортани не изменена, ход гортани – по срединной линии, голос не изменен. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не увеличены, ключицы симметричны. При пальпации грудной клетки болезненности, неприятных ощущений не возникает. Резистентность грудной клетки не снижена, ребра без изменений, грудина не изменена, голосовое дрожание не изменена, одинакова на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии звук на симметричных участках грудной клетки одинаковый по тембру. Ширина полей Кренига справа и слева – 4 см. При топографической перкуссии легких отклонений от физиологической нормы не выявлено. При аускультации: жесткое везикулярное дыхание, выслушиваются сухие хрипы в средних отделах легких.

Органы кровообращения. При осмотре области сердца патологических пульсаций и образований не обнаружено. Визуально верхушечный толчок, пульсации в эпигастральной области и яремной ямке не наблюдаются. При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева от грудины по срединно-ключичной линии. В области верхушки и на основании сердца систолического и диастолического дрожания нет. При перкуссии выявлены следующие границы относительной тупости сердца: правая граница расположена в IV межреберье справа от грудины, левая граница находится в V межреберье слева от грудины на 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии; верхняя граница проходит в III межреберье по левой окологрудинной линии. Конфигурация сердца нормальная, размер поперечника сосудистого пучка составляет 5 см. Патологические шумы не выслушиваются. Сердечные сокращения ритмичные, с частотой 70 уд/мин.

Состояние вен и артерий шеи без патологии, патологических пульсаций не выявлено. Лучевые, бедренные, подколенные, артерии тыла стопы не изменены. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. Пульс на обеих руках в области лучевых артерий синхронный, правильного ритма, хорошего наполнения, умеренного напряжения, синхронный на обеих руках, частота – 70/мин.

Органы пищеварения. Язык розовый, влажный, сосочковый слой без изменений, трещин, язв не обнаружено, поверхность языка незначительно покрыта беловатым налетом. Акт глотания в норме. Зубы в удовлетворительном состоянии. Десны розовые влажные, без патологических изменений. Мягкое и твердое небо розового цвета, слизистая их без изъязвлений и повреждений. Миндалины незначительно увеличены, лакуны миндалин чистые. Акт глотания не нарушен. Живот: кожа телесного цвета, участвует в акте дыхания. При осмотре видимой перистальтики не выявляется, виден рубец. Температура на симметричных участках живота одинаковая. Влажность кожи умеренная, одинаковая на симметричных участках. Тургор, эластичность кожи не снижены. Чувствительность на симметричных участках живота одинаковая. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско обнаружено, что границы органов брюшной полости находятся в пределах физиологической нормы. При пальпации желудка болезненных, неприятных ощущений не возникает. Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются. При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, безболезненный, по краю реберной дуги. При перкуссии печени выявлены следующие размеры (по Курлову): по срединно-ключичной линии:9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Желчный пузырь не пальпируется.

Органы мочевыделения. Почки у больного не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Нервная система. Движения в конечностях скоординированы, в позе Ромберга устойчив, отмечается незначительный тремор пальцев рук. При беседе выявлено, что больной плохо слышит

Эндокринная системы. Признаков гормональных нарушений не выявлено. Настроение больного нормальное, реакция на внешние раздражители адекватная, отношение к своему заболеванию нормальное.

**План программы обследования**

1.Общий анализ крови

2. ОАМ

3.Общий анализ мокроты.

4. Рентгенологическое исследование легких

5. Спирография.

6. Бронхоскопия.

7. ЭКГ, ЭХО – КГ.

**Результаты обследования**

Общий анализ крови.

Гемоглобин 130г/л ( 130 – 160 )

Эритроциты 4,5x10¹²/л ( 4-5,1 )

СОЭ 12мм/ч ( 1 -10 )

Тромбоциты 270х10 /л ( 180 – 320 )

Лейкоциты 8,5х109/л ( 4 – 9 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфоциты | моноциты |
| 1 | 1 | 2 | 66 | 22 | 8 |

ОАМ. : Светлая, реакция кислая

Белок – отрицательно.

Лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Плотность 1025

Эпителий плоский единичный.

Общий анализ мокроты.

Цвет – серо – зеленый

Характер – слизистый.

Микроскопическое исследование:

Эпителий 20-25

Кристаллы Шарко – Лейдена:

Эозинофилы 55%, Нейтрофилы 45%.

19.01.09 г. Рентгенологическое исследование легких

Легочной рисунок изменен по ячеистому типу с наличием мелкоочаговых теней, преимущественно в средних отделах, диаметром 1,2 мм. Корни структурные, Синусы свободные.Cor- тоны срединное положение.

Заключение. Пневмокониоз 1 степени, узловая форма.

5.04.05Бронхотест.

Нарушение вентиляционной функции легких, при нормальных объемных и емкостных показателей. Проба с Беротеком положительная.

**Клинический диагноз**

Исходя из: **Жалоб:** На приступообразный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты, иногда сухой, одышку (возникающую при физической нагрузке, подъем на 3 этаж), потливость. Слабость, быструю утомляемость. **Профмаршрут** с 1983 года работает на производстве, где содержание в воздухе рабочей зоны пыли и окиси углерода, превышают ПДК в 10 раз.

**Объективного статуса** подвижность легочного края справ 2 см, слева 2,5 см., При аускультации: жесткое везикулярное дыхание, выслушиваются сухие хрипы в средних отделах легких.

Данных **дополнительных** **методов** исследования: КУБ не обнаружены, **Рентгенологическое исследование** легких. На обзорной рентгенограмме легочной рисунок изменен по ячеистому типу с наличием мелкоочаговых теней, преимущественно в средних отделах легких, с диаметром 1.2 мм. Корни структурные. Синусы свободные. **Бронхотест** Нарушение вентиляционной функции легких нет. Проба с Беротеком отрицательная. Так как у больного отмечается кашель постоянный с мокротой, иногда сухой, хрипы в легких, одышка при физической нагрузке, признаки умеренной интоксикации. Рентгенологически для пневмокониоза характерно наличие мелкоочаговых теней- узелковая форма. Диаметр очагов 1.2 мм который характерен для 1 степени. Диагноз: Пневмокониоз 1 степени, узловая форма.

**Дифференциальная диагностика**

1.Диссеминированный туберкулез легких. Острая форма в отличие от пневмокониозов характеризуется быстрым развитием и выраженной клинической симптоматикой, сопровождающейся признаками интоксикации, явлениями бронхиолита. На рентгенограмме отсутствуют интерстициальные изменения, а также уплотнение и расширение корней легких.

Подострая и хроническая формы диссеминированного туберкулеза, как и многие острые респираторные заболевания. Корни легких при хронических форме диссеминированного туберкулеза обычно подтянуты кверху. В то же время туберкулезные очажки на рентгенограммах в отличие от пневмокониотических узелков характеризуется полиморфизмом, нечеткостью контуров, различной величиной и плотностью и преимущественной локализацией в верхних отделах.

2.Медиастинально-легочную форму саркоидоза.

3.Диффузный фиброзирующий альвеолит. В отличие от пневмокониоза интерстициальный процесс в легких при диффузном фиброзирующем альвеолите имеет мелкосетчатый вид. В противоположность пневмокониозу диффузный альвеолит может иметь не только постепенное, но и острое начало. Больных беспокоят чувство стеснения в груди и небольшой кашель, появляется цианоз, барабанные пальцы.

4.Карциноматоз легких обычно возникает вследствие метастазирования лимфогенным и гематогенным путями при мелкоочаговой форме последнего. В отличие от пневмокониоза протекает тяжело и нередко сопровождается интоксикацией. На рентгенограммах легких выявляется полиморфные очаговые тени с нечеткими контурами. Отсутствует обрубленность корней легких. Для уточнения диагноза необходимо исследовать мокроту на наличие атипичных клеток, а при увеличении периферических лимфатических узлов показана их биопсия.

**Лечение**

1. Воздействие на иммунобиологическую резистентность организма. Рациональное питание, лечебная физкультура, Препараты элеутерококка по 30-40 кап. 3 раза в день
2. Улучшение дренажной функции бронхов.

Tab. “Bromgeksin” №20

Отхаркивающие настой термопсиса, корень солодки.

1. Витаминно терапия. Sol. Ascorbinici 2,0 в/м №10

**Рекомендации**

* + - 1. Частота мед. Осмотров: в ЛПУ 1 раз в 2года, в центре проф. болезней 1 раз в 5лет.
      2. Рентгенография органов грудной клетки: При стаже > 10 лет 1 раз в год. Состав комиссии: невропатолог, терапевт.
      3. Противопоказания к работе:

-выраженная вегетативно сосудистая дисфункция.

-хронические заболевания периферической нервной системы.

**Использованная литература**

1. Профессиональные болезни. В. Г .Артамонова.

2. Н .Н.Шаталов. 1988 г.Издательство Медицина.