ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

### Кафедра профессиональных болезней

Зав. Кафедрой: к.м.н., профессор

Окунь Б. В.

## Преподаватель: к.м.н., доцент

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больного Дронова Сергея Гавриловича

Диагноз основной: Силикоз I ст., узелковая форма (2g, 2s, cn, em, co). Вибрационная болезнь (1-2 степени). Вегето-сосудистая полиневропатия верхних конечностей с умеренными трофическими расстройствами на кистях. Нейросенсорная тугоухость значительной степени. Заболевание профессиональное.

Осложнения: хронический обструктивный бронхит, эмфизема.

Куратор: студентка 410 гр. педфак.

Каперцева И.О.

**г. Владивосток**

**2003 г.**

### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Кем направлен больной: поликлиника г. Большой Камень

2. Дата поступления: 19. 02. 2003

3. Дата выписки:

4. Ф. И. О.: Дронов Сергей Гаврилович

5. Пол: мужской

6. Дата рождения: 23. 11. 1948

7. Национальность: русский

8. Место жительства: г. Большой Камень, ул. Мичурина 19

9. Место работы: Приморский горно-обогатительный комбинат Восток 2.

10. Основная профессия: горный мастер

11. Стаж работы по основной профессии: 25 лет

12. Трудовой стаж: 37 лет

13. Инвалидность: III группа 60%

14. Диагноз при поступлении: Силикоз I cт., узелковая форма.

Вибрационная болезнь. Нейросенсорная тугоухость.

15. Диагноз клинический: Силикоз I ст., узелковая форма.

16. Диагноз при выписке:

17. Сопутствующие заболевания: Вибрационная болезнь. Нейросенсор-

ная тугоухость.

18. Осложнения: нет

### ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Предъявляет жалобы на постоянный кашель, с отхождением серовато-желтой, тягучей, густой мокроты, особенно утром, наличие одышки в покое (с затруднением и вдоха, и выдоха). Боль колющего характера по всей поверхности грудной клетки, никуда не иррадиирует.

Также предъявляет жалобы на боли в руках, чувство похолодания и онемения кистей. Снижение слуха. Слабость, недомогание, головокружение, потливость.

### АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кашель беспокоит длительное время (десятки лет), точное время указать не может. Кашель в течение суток, больше по утрам, с серовато-желтой мокротой. Профессиональное заболевание установлено с 1985 г. В течение последних трех лет начала беспокоить одышка смешанного характера, которая возникает после не значительной физической нагрузки и в покое, по поводу которой неоднократно обращался в больницу и проходил лечение в госпитале ветеранов в центре профпатологии. Больной связывает начало заболевания с профессиональной деятельностью. Причем, после перехода на новую работу одышка усиливается с каждым годом, и, если раньше она была только при физической нагрузке, то сейчас она возникает и в покое. Является инвалидом 3 группы с потерей трудоспособности 60%. Ежегодно проходит обследование в проф. центре.

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Образование - среднетехническое. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Привычные интоксикации: курит с 18 лет, папиросы, 1 пачка в день. Алкоголь не употребляет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, гепатит сыпной и брюшной тифы отрицает. Был контакт с отцом, который болел силикотуберкулезом. Гемотрансфузий не было. За последние 6 месяцев внутримышечных, подкожных, внутривенных инъекций были, проходил лечение в Краевой клинической больнице N 1 по поводу пневмонии.

Перенесенные заболевания: частые воспаления легких в детстве, в сентябре 2002г. перенес двухстороннюю пневмонию.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ.

### Санитарно-гигиенические характеристики условий труда

1. Запыленность соединениям диоксидом кремния более 10% и превышающий ПДК в 5-6 раз (80-90% рабочего времени)

2. Температура: летом 15-17 С, зимой 15-17 С, влажность 70 - 80%

3. контакт с локальной вибрацией с частотой 2000герц, вес инструмента 20 кг. В течение 8 часов (частые, быстрые, однообразные движения)

4. Шум 50 дБ., превышает ПДУ

5. Положение тела – вынужденное (преимущественно стоя с наклоном вперед, со значительной физической нагрузкой)

6. Индивидуальные меры защиты - распиратор.

### Профессиональный маршрут

1966 г. IX - X забойщик комбината "Дальолово"

1967 г. III - V подземный проходчик

1967 - 1968 г. мастер очистных работ горного цеха

1968 г. III - IV подземный проходчик

1968-1970 гг. подземный горный мастер

1970 г. I - VII подземный проходчик

1970 - 1972 гг. подземный мастер-взрывник

1971 - 1972 гг. поземный горный мастер

1972 - 1974 гг. подземный забойщик

1974 - 1975 гг. подземный горный мастер

1975 - 1979 гг. подземный забойщик

1976 - 1978 гг. подземный горный рабочий

1978 - 1980 гг. подземный горный мастер

1980 - 1985 гг. подземный проходчик

1985 - 1989 гг. подземный горный мастер

### ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 190 см, вес 70 кг. Подкожно-жировая клетчатка не выражена. Кожные покровы цианотичной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно - розового цвета.

Костно-мышечная система. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма грудной клетки эмфизематозная. Грудные железы не увеличены, сосок без особенностей. Пальпируется большая грудная мышца.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

**Сердечно-сосудистая система.**

Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения,одинаковый на правой и левой руке. Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 120/80 мм. рт. ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок слева на 3 см отступая от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, увеличенной протяженности (около 3.5 см).

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости: правая - левого края грудины в 4 межреберье, верхняя - у левого края грудины на 4 ребре, левая- на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье.

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Патологических шумов нет. 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 дыхания.**

Форма грудной клетки не правильная, бочкообразная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, регидная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется легочный звук с коробочным оттенком.

При топографической перкуссия легких границы легких в пределах нормы. Подвижность легочных краев

справа 4 см

слева 4 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких. В нижних отделах жужжащие хрипы. Бронхофония ослаблена в нижних отделах легочных полей.

### Система органов пищеварения

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются.

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. При пальпации безболезнен.

Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум

плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги выходит на 2 см. Границ печени по Курлову 12, 9, 8. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

### Мочеполовая система

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички, плотноэластической консистенции.

### Нервно-психический статус

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Снижение слуха, шепотная речь с 2 метров. Отмечается снижение болевой и тактильной чувствительности кистей рук, по типу "коротких перчаток". Со стороны двигательной сферы патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы оживлены. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Силикоз I ст. Вибрационная болезнь (1-2 степени). Вегето-сосудистая полиневропатия верхних конечностей с умеренными трофическими расстройствами на кистях. Нейросенсорная тугоухость значительной степени. Заболевание профессиональное.

# **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. клинический анализ крови
2. общий анализ мочи
3. анализ кала на яйца глист
4. анализ крови ЭДС
5. Посев мокроты на микрофлору
6. электрокардиография
7. рентгенография грудной клетки, в двух проекциях (прямой и боковой)
8. Спирография с беротеком
9. Бронхоскопия
10. Реовазография
11. Электротермометрия
12. Холодовая проба.
13. Консультация невропатолога
14. Аудиограмма.

# **ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЙ**

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

гемоглобин 146 г\л, эритроциты 5,33 х 1012/л, цветной показатель 0.96, количество лейкоцитов 6,3 х 109/ л, эозинофилы 9, сегментоядерные 50, лимфоциты 32, моноциты 9, ретикулоциты 198 %, СОЭ14 мм\ч

1. Анализ мочи

цвет светло-желтый,

реакция кислая,

удельный вес 1012,

белок - нет,

сахар-нет,

эпителий единичный

лейкоциты – 1-2 в п/зр.

1. ЭДС 2.03.2003 Отрицательно
2. Электрокардиография:

RR=0.80,

PQ=0.16,

ЧСС 0.34

QT 0.33,

QRS 0.064

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Рентгенография грудной клетки:

на рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях ( обзорный и левый боковой снимок) свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не определяется. Утолщены стенки бронхов среднего калибра. Корни легких структурированы, не расширены, с петрификатами. Плевральные наслоения в переднем синусе. Сердце не расширено. Аорта не изменена.

1. Бронхоскопия: трахея проходима, правильной формы. Карма острая, подвижная. Бронхи осмотрены до 3-4-5 порядка. Слизистая оболочка трахеи и видимых бронхов гиперемирована, тонкая, тусклая. Сосудистый рисунок смазан. Устья бронхиальных желез расширены. Устья В6 оба концентрически сужены до 1 степени. Устья остальных видимых бронхов овальные, широкие, свободные после аспирации мокроты. Шпоры бронхов острые. Бронхиальный секретобильный, очень вязкий, сливкообразный и сероватый.

Заключение: диффузный двухсторонний гнойный эндобронхит с истоньчением слизистой оболочки. Стеноз обоих В6 1 степени.

1. Спирограмма:

ЖЕЛ 76

ФЖЕЛ 67

ОФВ 1 – 58

ОФВ 1 / ЖЕЛ 62

МОС 2 41

МОС 50 – 42

МОС 7 – 45

Заключение: умеренные уменьшения ЖВЛ в сочетании со значительным уменьшением на уровне правого бронха и умеренным в среднем и нижнем. Ах-тест положительный в разведении 1:500.

1. Общий анализ мокроты и БК

Светлая

Посев мокроты

Культура: гемолитический стрептококк, обильный рост. Чувствителен к пенициллину, эритромицину, ампиоксу.

1. Реовазограмма: во всех сегментах магистральный тип кровообращения. Объем кровотока значительно снижен в предплечьях, в кисти слева, умеренно снижен в кисти справа. Во всех сегментах время распространения пульсовой волны укорочено. В кистях признаки повышения тонуса мелких артерий. В предплечьях признаки нормального тонуса артерий. Во всех сегментах признаки снижения эластичности сосудов. Во всех сегментах признаки нормального венозного оттока. Фарм. Проба: реакция на нитроглицерин в предплечьи справа значительно снижена без нормализации, слева удовлетворительная с нормализацией, в кисти справа удовлетворительная с нормализацией. Во всех сегментах тонус артерий не изменился. По результатам нитроглицериновой пробы выявлены признаки органических изменений сосудистой стенки во всех сегментах.
2. Аудиограмма: значительное снижение слуха на частоте 4-6 мГц до 70 Дб.

### ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Учитывая данные профессионального анамнеза, указывающие на работу в услових загрязненного диоксидом кремния воздуха, где концентрация превышает предельно-допустимую в 6 раз и стаж работы в этих условиях в течение25 лет, а также данные анамнеза заболевания, указывающие на то, что оно началось в период работы, прогрессирует до сих пор, можно поставить диагноз: Силикоз 1 степени.

Учитывая характер профессиональной деятельности больного: имел постоянный контакт с вибрацией, физическим перенапряжением, переохлаждением в течение 22 лет, можно заподозрить вибрационную болезнь от воздействия локальной вибрации. На наличие этой патологии также указывают характерные жалобы больного (на боли в кистях рук, ноющего характера, нарастающие к вечеру, онемение и снижение чувствительности пальцев рук (болевой, температурной, тактильной), скованность в суставах кистей рук и пальцев ног, голеностопных суставах. На "мурашки", судороги в руках и ногах (икроножные мышцы)), динамика развития заболевания ( заболевание развилось после 10 лет работы в данных условиях, симптоматика неуклонно прогрессировала), данные объективного обследования (снижение всех вибрационной, тактильной и температурной чувствительности и также болевой чувствительности по полиневритическому типу). На основании этих данных можно исключить синдром Рейно, так как при нем нет нарушений чувствительности по полиневритическому типу (особенно снижения болевой чувствительности). Также можно исключить диагноз сирингомиелии, которая не зависит профессии, не приступов побеления пальцев, нет расстройств вибрационной и тактильной чувствительности, при изолированном снижении болевой чувствительности по сегментарному типу, также нет изменений со стороны внутренних органов.

Учитывая данные профессионального анамнеза, указывающие на работу в условиях шума и данные объективного исследования, которые выявили снижение слуха, а также данные аудиограммы о снижении слуха до 70 дБ на частоте 4-6 мГц. Позволяет выставить окончательный клинический диагноз.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Силикоз 1 степени, узелковая форма (2g, 2s, cn, em, co). Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких. ДН 2 степени. Вибрационная болезнь 1-2 степени. Вегето-сосудистая полиневропатия верхних конечностей с умеренными трофическими расстройствами на кистях. Тугоухость значительной степени. Заболевание профессиональное.

### ЛЕЧЕНИЕ

1. Бисептол 2 таблетки 2 раза в день

2. Мукалтин 1 таблетке 3 раза в день

3. Теофилин 4-6 мг/кг

4. Ревит 2 драже 2 раз в день

5. Ингаляции с отхаркивающими травами.

# Трентал 1 таблетка 3 раза в день

### ЭПИКРИЗ

Силикоз 1 степени, узелковая форма (2g, 2s, cn, em, co). Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких. ДН 2 степени. Вибрационная болезнь 1-2 степени. Вегето-сосудистая полиневропатия верхних конечностей с умеренными трофическими расстройствами на кистях. Тугоухость значительной степени. Заболевание профессиональное. Трудоспособность ограничена. Противопоказана работа в контакте с пылью, веществами раздражающего и токсического действия, связанная с тяжелым физическим трудом и в подземных условиях. Степень утраты трудоспособности 60%