Омская Государственная Медицинская Академия

Кафедра медицины труда и профзаболеваний.

История болезни

Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I степень тяжести (компенсированная)

Куратор: студент

Исаков Д.А.

ОМСК–2000

I. Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 42 г.

Место работы: ОЗТМ

Детальная профессия: обрубщик

Общий трудовой стаж: 24 года

Стаж работы в основной профессии: 16 лет

Стаж работы по основной вредности: 16 лет

Дата поступления в клинику: 4.12.2000 г.

Предварительный диагноз: синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром. Хронический катаральный бронхит. Хронический холецистит

Заключительный диагноз: Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I степень тяжести (компенсированная). Синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром. Хронический катаральный бронхит. Хронический холецистит.

# II. Профессиональный анамнез

После окончания 8 классов общеобразовательной школы и 1 года обучения в техникуме поступил рабочим в с/х "Березовский" (1976–1977 гг.). С 1977 по 1979 – служил в рядах советской армии. С 1979 г. – работа на заводе им. Баранова (обработчик, монтер, электрик). С 1984 по 2000 г. работает на ОЗТМ обрубщиком, эту профессию считает основной. В настоящее время в связи со своим состоянием желает уйти с работы.

# III. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда

Выполняет работу по обрубке и зачистке деталей ручным отбойным молотком. Имеет контакт с локальной вибрацией, шумом, наждачной пылью, концентрации и уровни которых превышают предельно допустимые. Время контакта за рабочую смену – 7 часов.

При выполнении работы вынужден принимать неудобное наклонное положение, при этом напрягаются мышцы спины и шеи, плечевого пояса, рук. За рабочую смену поднимает тяжести общим весом от 2–3 до 10–12 тонн. Температура на рабочем месте зимой 0…–2°С, влажность повышена.

Есть опасность производственного травматизма.

По результатам предварительного медосмотра при поступлении на работу был признан годным. В течение всего периода работы мед. проф. осмотры проводились регулярно, 1 раз в год. Индивидуальными средствами защиты обеспечен, регулярно их использует (наушники, респираторы). Спецодежда не выдаётся. Дополнительное питание не обеспечивается. Не проводятся оздоровительные мероприятия.

Класс опасности работы обрубщика (согласно гигиеническим критериям оценки и классификации условий труда) – 3.3.

# IV. Режим труда

Работа дневная, продолжительность рабочего дня – 8 часов, рабочей недели – 5 дней. Продолжительность отпуска – 36 дней, используется регулярно, проводился в пределах Омской области.

Обеденный перерыв – 20 минут, дополнительные перерывы по 5–10 минут после каждого часа работы используются регулярно.

В клинику поступил для первичной постановки диагноза профессионального поражения.

Клинический статус

# V. Жалобы (6.12.2000)

Жалобы на ноющие боли в кистях, локтевых и плечевых суставах, уменьшающиеся через 30 минут после начала работы; онемение, повышенная зябкость, снижение мышечной силы в руках. Снижение слуха. Кашель по утрам с небольшим количеством прозрачной мокроты слизистого характера. Одышка при подъёме на 3 этаж. Постоянные тупые боли в шейном и поясничном отделах позвоночника. Ощущение тяжести в правой подрёберной и подвздошной областях, иногда боли, что провоцируется острой, жирной, солёной пищей.

# VI. Anamnesis morbi

Заболевание началось и развивалось постепенно. В течение 10 лет отмечает защелкивание пальцев рук, в последние 6 лет к этому присоединилась болезненность, онемение и парестезии. В течение всего периода работы отмечает частые простудные заболевания (обострения 2–3 раза в год), в последние 10 лет появилась одышка. В течение 8 лет – постепенное снижение слуха. К врачам не обращался. На периодических мед. осмотрах жалоб не предъявлял.

# VII. Anamnesis vitae

В детстве был здоровым ребёнком. Получил незаконченное среднее образование. Начало трудовой деятельности – с 1976 года. Служил в армии в ракетных войсках, в военных действиях не участвовал, демобилизовался в срок. Женат, 2 детей. Травм и хирургических вмешательств не было.

Туберкулёз, вирусный гепатит, половые инфекции отрицает.

Наследственный анамнез не отягощён.

Аллергологический анамнез: аллергия на землянику, на местные анестетики (лидокаин).

Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Хронические интоксикации: курение, употребление спиртных напитков.

# VIII. Status praesens

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, тип конституции нормостенический, осанка сутулая. Кожа смуглая, эластичная, высыпаний нет, тургор в норме. Отмечается гипергидроз ладоней. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена по среднему типу. Толщина жировой складки на уровне пупка 4 см, под углом лопатки 3 см. Мраморность кожи кистей рук. Отмечаются явления гиперкератоза ладоней. Ногти утолщены, мутные. Лимфоузлы пальпируются в подчелюстной и подбородочной областях, гладкие, подвижные, безболезненные, размером 0,5–1 см. Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично. При пальпации безболезненны. Деформаций костей нет. Межфаланговые суставы деформированы, болезненны при пальпации. Активная и пассивная подвижность в плечевых и локтевых суставах ограничены на 10° по сравнению с физиологическим объёмом. Движение в суставах пальцев рук затруднено, "защёлкивание" пястно-фаланговых суставов на обеих руках. Исследование органов дыхания. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, обе половины активно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное, средней глубины, тип дыхания – брюшной, частота – 24 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легких определяется легочный звук с коробочным оттенком. Топографическая перкуссия:

по среднеключичной линии 6 ребро

по передней подмышечной линии 7 — " —

по задней подмышечной линии 9 — " —

по лопаточной линии 10 — " —

Подвижность нижнего края лёгких 4 см с обеих сторон.

Аускультация: дыхание жесткое, ослабленное.

Исследование сердечнососудистой системы. Пульс 92 в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках. АД 130/100 мм. рт.ст. Верхушечный толчок на 1 см правее среднеключичной линии в V межреберье, локализованный. Границы относительной сердечной тупости:

правая в IV межреберье, у края грудины

левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье

верхняя III межреберье

Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. I тон на верхушке громкий, низкий, продолжительный. Акцент II тона на лёгочной артерии. Дополнительных тонов и шумов нет.

Проба Боголепова положительна, проба белого пятна – отрицательна.

Исследование органов пищеварения

Осмотр ротовой полости: губы розовые, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, без воспалительных явлений. Слизистая глотки и зева влажная, розовая, чистая. Миндалины не увеличены.

Осмотр живота: живот симметричный, брюшная стенка активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: умеренно болезненная, гладкая, плотноэластической консистенции. Слепая кишка пальпируется в обычном месте, безболезненная, гладкая, эластичная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Видимой перистальтики не отмечается.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени не выходит из под реберной дуги. При пальпации ей край ровный, эластичный, легко подворачивается. Границы по Курлову: 10×9×8. Желчный пузырь при пальпации болезнен, симптом Кера отрицательный. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, размеры селезенки при перкуссии 5×7 см.

Мочеполовая система. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются, мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется.

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 тактильной чувствительности кистей рук, по типу "коротких перчаток". Со стороны двигательной сферы патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные симптомы отрицательные. Зрачки одинаковой формы, не расширены, реакция на свет содружественная, быстрая.

# IX. Предварительный диагноз

Синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром. Хронический катаральный бронхит. Хронический холецистит.

# X. План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ кала на яйца глист
4. Анализ крови на RW
5. Электрокардиография
6. Эхокардиография
7. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях ( прямой и боковой), кистей, плечевых суставов
8. Функциональное исследование лёгких
9. УЗИ органов брюшной полости (почки, печень)
10. Кистевая динамометрия
11. Аудиограмма
12. Паллестезиометрия
13. УЗДГ сосудов конечностей

# XI. Данные лабораторных, функциональных, инструментальных исследований, консультаций узких специалистов, перечень необходимых документов

##### Общий анализ мочи (5.12.2000)

Цвет жёлтый

Прозрачность мутная

Осадок розовый

Удельный вес 1025

Белок отрицательно

Сахар отрицательно

Кристаллы ураты +++

##### Общий анализ крови (5.12.2000)

Эритроциты 5,3×1012/л СОЭ 2 мм/ч

Гемоглобин 160 г/л Лейкоциты 6,4×109/л

Цветовой показатель 0,9

Лейкоцитарная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | | | | Лимфоциты | Моноциты |
| Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные |
| Норма | 0–1 | 2–4 |  | 0–3 | 3–5 | 51–67 | 20–25 | 4–8 |
| Найдено при исследовании |  | 2 |  |  | 3 | 73 | 18 | 4 |

##### Анализ кала на яйца глист

отрицательно

##### Анализ крови на RW

отрицательно

##### Функциональное исследование лёгких

Вентиляционная способность лёгких снижена по обструктивному типу (I–II степень)

##### Описание рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции (от 25.10.00)

Деформация лёгочного рисунка петлистого характера в прикорневых зонах за счёт перибронхиалных уплотнений. Корни лёгких умерено фиброзно изменены, не расширены. Справа уплотнена междолевая плевра. Тень сердца без особенностей.

##### Рентгенография кистей в прямой проекции

Заострение суставных концов и костные краевые разрастания в дистальных межфаланговых суставах. Кистовидные просветления в структуре концевых эпифизов I пястных костей обеих кистей.

##### Рентгенография плечевых суставов

Скошенность и склеротическое уплотнение по контуру большого бугорка обеих конечностей.

##### ЭКГ (5.12.00)

Ритм синусовый, ЧСС 62 в минуту, некоторое смещение ЭОС вправо. Синдром ранней реполяризации желудочков.

##### Аудиограмма тональная (8.12.00)

дБ дБ аудиометр МА–31/2/



Заключение: Двусторонний хронический кохлеарный неврит с лёгкой степенью снижения слуха

##### Данные санитарно-гигиенической характеристики условий труда

Выполнение технологических операций по зачистке и обрубке деталей ручным виброинструментом. Имеет контакт с локальной вибрацией в уровнях 120 дБ при ПДУ 112 дБ, 122 дБ – ПДУ 115 дБ. Концентрация пыли в воздухе рабочей зоны: 6,8–29,5 мг/м3 при ПДК 6 мг/м3. Уровень шума на рабочем месте составляет 88–96 дБА при ПДУ 80 дБА. Средствами индивидуальной защиты обеспечен. Согласно гигиеническим критериям оценки и классификации условий труда по показателям вредности работа обрубщика относится к классу 3.3.

# XII. Заключительный диагноз

Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I степень тяжести (компенсированная). Синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром. (заболевание профессиональное). Хронический катаральный бронхит. Хронический холецистит.

# XIII. Обоснование диагноза

Диагноз вибрационная болезнь установлен на основании характерных:

1. субъективных данных (жалоб): на ноющие боли в кистях, локтевых и плечевых суставах, уменьшающиеся после начала работы; онемение, повышенная зябкость, снижение мышечной силы в руках, боли в шейном и поясничном отделах позвоночника.
2. данных объективного обследования: гипергидроз ладоней, мраморность кожи кистей рук, гиперкератоз ладоней; утолщенные, мутные ногти. Деформация межфаланговых суставов, их болезненность при пальпации, ограничение подвижности. Положительная проба Боголепова. Снижение тактильной чувствительности кистей рук, по типу "перчаток".
3. данных лабораторных, функциональных, инструментальных исследований: дегенеративно-дистрофические изменения в костях кистей при рентгенологическом исследовании (заострение суставных концов, костные краевые разрастания в дистальных межфаланговых суставах, кистевидные просветления в структуре концевых эпифизов пястных костей); кохлеарный неврит (т.к. шум сопровождает работу с виброинструментом).
4. данных профессионального анамнеза: длительная работа на ОЗТМ обрубщиком.
5. данных санитарно-гигиенической характеристики условий труда: имеет контакт с локальной вибрацией, уровень которой превышает ПДУ.
6. данных режима труда: отсутствие должного перерыва на обед и перерывов в течение дня, не проводятся мероприятия по профилактике вибрационной болезни.

# XIV. Дифференциальный диагноз

Курируемое заболевание приходится дифференцировать с сирингомиелией и миозитами, миальгиями, т.к. имеются следующие сходства:

1. при миозитах – имеется связь с профессией.
2. при сирингомиелии – утолщение и цианоз кожи на руках, нарушение чувствительности.

Дифференциальному диагнозу помогают следующие различия:

1. при миозитах – нет периферического ангиоспазма, нет нарушений температурной, болевой и тактильной чувствительности, нет нарушений трофики кожи рук. Не характерны изменения внутренних органов.
2. при сирингомиелии – выпадение болевой и температурной чувствительности на обширных участках кожи ("куртка", "полукуртка"), при этом нарушения чувствительности диссоциированы (вибрационная и тактильная сохранены). Могут быть параличи, атрофии, парезы. Характерна атрофия кистей с выпадением рефлексов, сочетающаяся со спастическим парезом ног и синдромом Горнера. При сирингомиелии нет приступов побледнения пальцев. Не характерны изменения внутренних органов.

# XV. Дневник

##### 7.12.2000

Жалобы без изменений, аналогично 6.12.2000. Состояние удовлетворительное. Сохраняется гипергидроз ладоней, мраморность кожи рук. Дыхание ритмичное, частота 20 в минуту, при аускультации жесткое, ослабленное. Язык влажный, с беловатым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Аускультация сердца – без особенностей. Пульс ритмичный, ненапряженный, удовлетворительного наполнения, частота – 96 в минуту. АД 120/100 мм. рт.ст.

|  |  |
| --- | --- |
| Медикаментозно лечение  1) Rp.: Amizyli 0,001  D.t.d. № 10 in tabl.  S. По 1 таблетке на приём 1 раз в день после ужина.  2) Rp.: Pachycarpini 0,1  D.t.d. № 40 in tabl.  S. По 1 таблетке на приём 2 раза в день до еды.  3) Rp.: Tabl. Nicospani №100  D.S. По 2 таблетке на приём 3 раза в день после еды.  4) Rp.: Sol. Glucosi 40% - 200 ml  D.t.d. № 10  S. По 200 мл внутривенно, капельно. Вводить медленно!  5) Rp.: Sol. Ас. аscorbinici 5% - 2 ml  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 2 мл в вену 1 раз в день, предварительно разведя в 200 мл стерильного 40% раствора глюкозы.  6) Rp.: Tabl. Thiamini chloridi 0,002  D.t.d. № 30 in tabl.  S. По 1 таблетке на приём 3 раза в день после еды. | Физиолечение   1. Электрофорез 5% р-ра новокаина на кисти рук, №15 2. УВЧ на воротниковую зону в слаботепловой дозе 10 минут, №15 3. Общее УФО с 1/4 до 3 биодоз на воротниковую зону, №15   Рекомендуется активный режим.  Диета свободная (№15), исключить из рациона острую и жирную пищу. |

##### 8.12.2000

Жалобы без изменений, аналогично 7.12.2000. Состояние удовлетворительное. Гипергидроз ладоней, мраморность кожи рук. Дыхание жесткое, ослабленное, 20 в минуту. Язык влажный, с беловатым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Аускультация сердца – без особенностей. Пульс 84 в минуту. АД 120/90 мм. рт.ст.

# XVI. Эпикриз

Больной ФИО (42 г.) поступил в клинику проф. заболеваний с целью первичной постановки диагноза профессионального заболевания с жалобами на ноющие боли в кистях, локтевых и плечевых суставах, уменьшающиеся после начала работы; онемение, повышенная зябкость, снижение мышечной силы в руках. Постоянные тупые боли в шейном и поясничном отделах позвоночника. Снижение слуха. Кашель со слизистой мокротой. Одышка при подъёме на 3 этаж. Ощущение тяжести в правой подрёберной и подвздошной областях. Больному выставлен предварительный диагноз: Синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром.

Намечен план лабораторных, функциональных и инструментальных исследований и консультаций узких специалистов. С учётом этих данных, а также жалоб, данных объективного обследования, профессионального анамнеза, санитарно-гигиенической характеристики условий труда и режима труда больному был выставлен заключительный диагноз: Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I степень тяжести (компенсированная). Синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей. Периферический ангиодистонический синдром.

Проведён курс патогенетической и симптоматической терапии. Выписан в удовлетворительном состоянии с клиническим улучшением.

Дополнения к эпикризу.

1. Причины заболевания у данного больного:

Воздействие локальной вибрации в сочетании с неудобной рабочей позой (внаклон) и неблагоприятными факторами микроклимата (низкая температура и повышенная относительная влажность воздуха в рабочей зоне).

1. Ретроспективная профилактика заболевания у данного больного:

Заболевание у данного больного можно было бы предупредить, если бы:

* качественное проведение медицинских профилактических осмотров при поступлении на работу и периодических;
* использовались инструменты с виброгасящими устройствами, при работе с которыми уровень вибрации не превышал бы ПДУ;
* правильная организация труда (введение обеденного перерыва и 10-минутного перерыва после каждого часа работы);
* использование "защиты временем" (запрещение сверхурочных работ);
* организация питания (с проведением В1 и С витаминизации);
* введение двух перерывов (20 мин через 2 ч после начала смены и 30 мин через 2 ч после обеденного перерыва) для активного отдыха, проведения специального комплекса производственной гимнастики и физиотерапевтических процедур;
* приём веерного душа или душа Шарко на область позвоночника, тёплые ванны для рук (37–38°С), 5–10 минутный самомассаж рук после работы (или во время перерыва);
* проведение курсов ультрафиолетового облучения в осеннее и зимнее время;
* отдых в санаториях, профилакториях, домах отдыха и т.д. (Цхалубо, Мацеста и др.)

1. Экспертиза трудоспособности данного больного:

У больного стойкое частичное снижение общей и профессиональной трудоспособности. Нетрудоспособен в своей профессии. Нуждается в постоянном рациональном трудоустройстве. Если последнее связано со снижением квалификации и заработной платы, больной нуждается в направлении на МСЭК для определения III группы инвалидности профессионального характера на время переквалификации (на срок до 1 года) и определения процента утраты общей и профессиональной трудоспособности.

1. Трудовые рекомендации:

Больному противопоказан труд с воздействием:

* локальной вибрации,
* с воздействием переохлаждения (особенно рук),
* с воздействием физического и нервного перенапряжения,
* труд в подземных условиях.

Дата: декабря 2000 года. Подпись: /Исаков Д.А./