

Задача 1

Больной С., 52 года, в течение 16 лет работает формовщиком литейного производства в контакте с кремниевой пылью. В последние 2 года стал ощущать колющие боли в области лопаток, периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка.

Объективно: При внешнем осмотре объективных изменений не отмечается. В нижнебоковых отделах грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена. В легких прослушиваются сухие хрипы в большом количестве.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

Спирография: ЖЕЛ составляет 78% от должного, ОФВ 1 – 70% от должного, индекс Генслера 61%.

На рентгенограмме отмечается усиление и деформация легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах легких, видны немногочисленные узелковые тени размером 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Диагноз: Силикоз I ст., узелковая форма. ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия. ДН?.
2. Для уточнения степени ДН—исследование газов крови/ SaO_2 , ОАмнокроты +на ВК+атипичные клетки, проба Манту, ЭКГ (дифф. диагностика в рамках синдром одышки).
3. Лечение: Короткодействующие м-холиноблокаторы или β_2 -агонисты по потребности (эпизодическая одышка). Тепловлажные щелочные ингаляции 2% раствором натрия гидрокарбоната с температурой раствора 38-40 ° в течение 5-7 мин на один сеанс, на курс 15-20 сеансов. Облучение грудной клетки ультрафиолетовыми лучами, целесообразно в зимний период через день или ежедневно, на курс 18-20 сеансов. УВЧ на грудную клетку в течение 10 мин, через день, № 10. Дыхательная гимнастика. КЭК: а) Трудоспособность больного ограничена, б) Необходим перевод на работу, не связанную с воздействием пыли и веществ, оказывающих раздражающее действие, без снижения квалификации и заработка в) Противопоказана работа в условиях воздействия неблагоприятных метеорологических факторов и работа, требующая больших физических усилий.

Задача 2

Больной Н., 43 года, направлен в противотуберкулезный диспансер для консультации. В прошлом 13 лет работал обрубщиком в контакте с

кремниевой пылью; 2 года назад был диагностирован силикоз I стадии. При очередном обследовании в медсанчасти обнаружено усиление одышки, учащение кашля, появление болей в подлопаточных областях.

Объективно: Перкуторный звук над нижними отделами легких с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких ограничена. Дыхание ослабленное, жестковатое, прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены.

На рентгенограмме отмечается диффузное усиление и деформация легочного рисунка в нижних и средних долях легких, на фоне которого имеются множественные узелковые тени размером 2-4 мм в диаметре. Уплотнение междолевой плевры справа. Корни “обрубленной” формы с обызвествленными по типу яичной скорлупы лимфатическими узлами.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Силикоз 2-3ст., узелковая форма, быстро прогрессирующий. ХОБЛ, степень тяжести?, ремиссия. ДН.
2. Для подтверждения диагноза ХОБЛ, установления степени тяжести в соотв. с классификацией 2006-2010 необходимы постбронходилатационные ОФВ₁/ФЖЕЛ, ОФВ₁; для уточнения степени ДН—исследование газов крови/SaO₂, ОАмокроты+ на ВК+атипичные клетки, проба Манту, ЭКГ (дифф. диагностика в рамках синдром одышки).
3. М-холиноблокаторы длительного действия: спирива 1инг(18 мкг) 1 раз в день или β₂ – адреностимуляторов длительного действия: форадил 1 доза (0,012мг) 2 раза в день, возможно использование комбинированного препарата Беродуал или теофиллина замедленного высвобождения. Небольшие дозы преднизолона (20-30 мг в сутки) в течение 1-2 мес, 1-2 раза в год в сочетании с противотуберкулезными препаратами. Тепловлажные щелочные ингаляции 2% раствором натрия гидрокарбоната с температурой раствора 38-40 °в течении 5-7 мин на один сеанс, на курс 15-20 сеансов. Облучение грудной клетки ультрафиолетовыми лучами , целесообразно в зимний период через день или ежедневно, на курс 18-20 сеансов. УВЧ на грудную клетку в течение 10 мин, через день, № 10. Дыхательная гимнастика.

Задача 3

Больной Ч., 43 года, работает на предприятии по изготовлению термоизоляционных материалов, содержащих асбест, при этом в цехе имеется повышенная концентрация асбестовой пыли в воздухе. Средства индивидуальной защиты использовал не всегда.

Через 18 лет после начала работы стали беспокоить одышка при небольших физических напряжениях, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, сопровождающийся болями в грудной клетке. Кроме того, появилась резкая слабость, быстрая утомляемость, потеря массы тела.

Объективно: цианоз лица и губ, грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими коробочный, прослушивается большое количество сухих и влажных хрипов, а также шум трения плевры, подвижность нижних краев легких ограничена.

На рентгенограмме легких сосудисто-бронхиальный рисунок резко усилен и деформирован в нижних и средних долях легких; прозрачность легочных полей диффузно повышена; имеются плевродиафрагмальные спайки, междолевая плевро справа утолщена; корни легких уплотнены и расширены.

Спирография: ЖЕЛ - 62% от должной, ОФВ 1 - 64%.

В общем анализе мокроты - мокрота слизисто-гнойная с прожилками крови.

При динамическом наблюдении спустя 10 дней у больного обнаружен ателектаз средней доли легкого.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснуйте причину ателектаза.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Диагноз: Асбестоз 2 стадии. ХОБЛ, средней степени тяжести, обострение. Сухой плеврит. ДН ?.
2. Для уточнения степени ДН—исследование газов крови/ SaO_2 , ОАмокроты +на ВК+атипичные клетки, проба Манту, ЭКГ (дифф. диагностика в рамках синдром одышки).
3. Лечение: М-холиноблокаторы длительного действия: спирива 1инг(18 мкг) 1 раз в день или β_2 – адреностимуляторов длительного действия: форадил 1 доза (0,012мг) 2 раза в день, возможно использование комбинированного препарата Беродуал или теофиллина замедленного высвобождения. КЭК: а) Стойкая утрата трудоспособности, больного необходимо направить на МСЭ б) МСЭ: Больной имеет право на инвалидность 2 группы. Степень утраты трудоспособности устанавливается в размере от 70% до 90%.

Задача 4

Больная М., 30 лет, работает 3 года медицинской сестрой в процедурном кабинете в поликлинике. Страдает бронхиальной астмой, в связи с которой направлена на консультацию к профпатологу.

Около 1 года назад заметила, что при контакте с пенициллином появилось першение в горле, слизистые выделения из носа, чихание, позднее - приступообразный кашель. Спустя 6 месяцев после этих симптомов стали возникать приступы удушья. Приступы проходили самостоятельно, затем после ингаляции сальбутамола, изредка требовались инъекции эуфиллина. За последние месяцы приступы стали намного тяжелее, но по-прежнему возникают только при контакте с пенициллином.

В анамнезе редкие острые респираторные заболевания. Аллергических заболеваний у нее и ближайших родственников не было, антибиотиков не получала.

Среди представленной медицинской документации имеется заключение о наличии у больной типичных приступов бронхиальной астмы, появляющихся при выполнении инъекций пенициллина, а также положительные результаты кожных и конъюнктивальных проб с раствором пенициллина.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Диагноз: Профессиональная бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести? (для уточнения степени тяжести и уровня контроля необходимо уточнить частоту дневных/ночных приступов, частоту использования β_2 -агонистов, ОФВ₁ (ПСВ) и вариабельность ОФВ₁ (ПСВ); для уточнения наличия/отсутствия дыхательной недостаточности – исследование газов крови/SaO₂).
2. Для подтверждения диагноза бронхиальной астмы: спирография (ОФВ₁, ПСВ), при снижении показателей ниже 80% от должных – проба с короткодействующим бронхолитиком для подтверждения обратимости обструкции; R-графия ОГК, ЭКГ, ОАМокроты + ВК + атипичные клетки (для проведения дифф.диагностики и исключения сопутствующих заболеваний и осложнений); для подтверждения связи заболевания с профессией необходимы следующие документы: а) бронхопровокационная проба с пенициллином б) положительные кожные аллергологические пробы с раствором пенициллина; исследование вариабельности ПСВ (на рабочем месте и вне контакта с пенициллином).
3. Лечение: а) устранить контакт с пенициллином и другими раздражающими веществами; б) β_2 – агонисты короткого действия «по

требованию; иГКС низкие дозы+ β_2 – агонисты длительного действия постоянно; через 3 месяца – оценка уровня контроля. Если достигнут контроль бронхиальной астмы, переход на ступень вниз (иГКС в низких дозах). Если на фоне медикаментозной терапии не удастся достичь контроля бронхиальной астмы, рекомендуется аллергенспецифическая терапия. Экспертиза трудоспособности. Противопоказана работа с пенициллином и другими раздражающими веществами. Выдается больничный лист сроком от 30 до 60 суток. Вопрос о дальнейшей трудоспособности решается с учетом частоты приступов удушья, степени дыхательной недостаточности, наличия осложнений, результатов дообследования: рентгенография грудной клетки, ФВД, ЭКГ. Трудоспособность больной может быть значительно ограничена или полностью утрачена.

Задача 5

Больной Н., 37 лет, работает слесарем-ремонтником на хлебокомбинате 6 лет. Ежедневно в контакте с мучной пылью, превышающей ПДК. Около 4 лет назад стал появляться кашель, ощущение нехватки воздуха во время работы. После окончания смены дома чувствовал себя лучше, кашля не было. Постепенно кашель усиливался, сохранялся в вечерние часы. Самостоятельно принимал амброксол, теопек, после чего отмечал уменьшение кашля. Во время отпуска никакого дыхательного дискомфорта не чувствовал. В последние 4 месяца эффективность амброксола, теопека уменьшились, кашель стал приступообразным, пользовался беротеком эпизодически. В течение последних двух недель 1-3 раза в неделю – эпизоды дыхательного дискомфорта или кашля, купирующиеся беротеком. При обследовании: в лёгких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы. Рентгенологически: без очаговых и инфильтративных затемнений. Повышение прозрачности легочных полей в верхних отделах. Спирография: ОФВ₁/ФЖЕЛ 68%, ОФВ₁ - 75% от должной величины.

- Задание: 1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования, обоснуйте необходимость каждого исследования
3. Составьте план лечения, обоснуйте необходимость каждого назначения.

Ответы:

1. Диагноз: Профессиональная бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, частично контролируемая? (приступы и КДБА до 3 раз в неделю, уточнить про ночные симптомы, ограничение физической активности)

2. Для подтверждения диагноза бронхиальной астмы: спирография (ОФВ₁, ПСВ), при снижении показателей ниже 80% от должных – проба с короткодействующим бронхолитиком для подтверждения обратимости обструкции; R-графия ОГК, ЭКГ, ОАМокроты + ВК + атипичные клетки (для проведения дифф.диагностики и исключения сопутствующих заболеваний и осложнений); для подтверждения связи заболевания с профессией необходимы следующие документы: а) санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места; б) исследование вариабельности ПСВ (на рабочем месте и вне контакта с пенициллином).
3. Лечение: а) устранить контакт с мучной пылью и другими раздражающими веществами; б) β_2 – агонисты короткого действия «по потребности; иГКС низкие дозы или иГКС низкие дозы + β_2 – агонисты длительного действия постоянно; через 3 месяца – оценка уровня контроля. Если достигнут контроль бронхиальной астмы, переход на ступень вниз (иГКС в низких дозах). Экспертиза профпригодности. Противопоказана работа с мучной пылью и другими раздражающими веществами.

Задача 6

Больная С., 44 года, обратилась в медико-санитарную часть; работает полировщицей на наждачных кругах в течение 17 лет. Жалобы на боли, парестезии в дистальных отделах рук, побеление концевых фаланг пальцев верхних конечностей, которые появляются при общем охлаждении, особенно в холодное время года. Данные симптомы беспокоят около 2 лет, к врачам не обращалась

Объективно: со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Артериальное давление 120/80-130/85 мм.рт.ст. Пульс хорошего наполнения, 76 в минуту. Неврологический статус: общемозговая симптоматика отрицательная. ЧМН в норме. Пальце-носовая проба - верно. В позе Ромберга – устойчив. Сухожильные рефлексy симметричные, оживлены.

Status localis: Кисти рук холодные на ощупь, кончики пальцев слегка отечны и цианотичны, отмечается “кружевной рисунок” кистей, положительный симптом “белого пятна”; трофических нарушений нет. Движения в мелких суставах кистей не ограничены, безболезненны.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Составить план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

Ответы:

1. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I стадия. Периферический ангиодистонический синдром с редкими ангиоспазмами пальцев рук.
2. Для подтверждения ангиодистонического (ангиоспастического синдрома): холодовая проба, капилляроскопия, реовазография, ДС сосудов кистей рук; для искл. полиневропатии – исследование чувствительности: болевой, вибрационной (паллестезиометрия), ЭНМГ.
3. Исключение контакта с вибрацией на 2 месяца, улучшение микроциркуляции (устранение вазоконстрикции: антагонисты кальция, ингибиторы вазоконстрикции (циннаризин и т.д.), иАПФ; коррекция реологических нарушений: пентоксифиллин и т.д.), ФТЛ. Вопрос о возвращении на прежнюю работу решается при наличии положительной динамики, после повторного обследования.

Задача 7

Больной К., 42 года, работает клепальщиком в течение 16 лет. Считает себя больным около года. Беспокоят резкие боли в плечевом поясе, особенно в ночное время, пальцы рук немеют и белеют при охлаждении, стал раздражительным.

Объективно: кисти отечные, холодные, цианотичные. Резко снижены все виды чувствительности (болевая, температурная, вибрационная) по типу длинных перчаток. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. При пальпации определяется значительное уплотнение типа миофасцикулитов в надлопаточных мышцах и мышцах предплечья, мышцы при пальпации болезненны, в местах перехода их в сухожилия - крепитация.

На рентгенограммах в мелких костях кистей имеются небольшие очаги уплотнения костной ткани. При капилляроскопии - выраженные изменения на обеих руках с преобладанием спастико-атонического состояния капилляров. По данным плетизмографии значительно снижен артериальный приток.

Со стороны внутренних органов отклонений нет. Обнаружено повышение порога восприятия шума на высокие частоты.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Составить план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

Ответы:

1. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, II стадия. Периферический ангиодистонический синдром с частыми ангиоспазмами пальцев рук. Вегето-сенсорная полиневропатия в/конечностей с дистрофическими нарушениями опорно-двигательного аппарата рук и плечевого пояса (миофиброз мышц плечевого пояса). Невротический синдром.

2. Для подтверждения ангиодистонического (ангиоспастического синдрома): холодовая проба, ДС сосудов кистей рук; полиневропатии – исследование вибрационной чувствительности (паллестезиометрия), ЭНМГ; динамометрия (исследование абсолютной силы мышц и выносливости мышц к статической нагрузке).
3. Постоянное исключение воздействия вибрации и других неблагоприятных факторов, влияющих на периферическое кровообращение, улучшение микроциркуляции (устранение вазоконстрикции: антагонисты кальция, ингибиторы вазоконстрикции (циннаризин и т.д.), иАПФ, спазмолитические средства; коррекция реологических нарушений: пентоксифиллин и т.д.); лечение полинейропатии (купирование болевого синдрома, метаболическая терапия: препараты α -липоевой кислоты, мексидол и т.д, витамины группы В), коррекция астено-невротического синдрома (психотерапевтические методики и психотропных средств (анксиолитики, антидепрессанты, транквилизаторы и т.д.). Рациональное трудоустройство, в случае затруднений – направление на МСЭ.

Задача 8

Больной Б., 29 лет, работает 4 года камнерезчиком с пневматическим инструментом. Вибрация больше передается на левую руку, удерживающую боек.

Во время очередного медицинского осмотра предъявлял жалобы на побеление концевых фаланг пальцев левой руки, появившееся в течение последнего года. Болей в руках не ощущает. Побеление пальцев началось с мизинца, затем при охлаждении начали белеть III и IV пальцы. После приступов побеления появляются неприятные парестезии, иногда - отек лучезапястного сустава.

Объективно: легкая гипестезия лишь на концевых фалангах IV и V пальцев рук; мышцы не изменены; по данным капилляроскопии - незначительная тенденция к спазму.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Составить план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

Ответы:

1. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, I стадия. Периферический ангиодистонический синдром с редкими ангиоспазмами пальцев рук. Вегето-сенсорная полиневропатия в/конечностей
2. Для подтверждения ангиодистонического (ангиоспастического синдрома): холодовая проба, реовазография, ДС сосудов кистей рук;

для искл. полиневропатии – исследование вибрационной чувствительности (паллестезиометрия), ЭНМГ.

3. Исключение контакта с вибрацией на 2 месяца, улучшение микроциркуляции (устранение вазоконстрикции: антагонисты кальция, ингибиторы вазоконстрикции (циннаризин и т.д.), иАПФ; коррекция реологических нарушений: пентоксифиллин и т.д.). Вопрос о возвращении на прежнюю работу решается при наличии положительной динамики, после повторного обследования.

Задача 9

Больная Ф., 42 года, в течение 21 года работает лаборантом в химической лаборатории завода, имея постоянный контакт с металлической ртутью. Во время периодического медицинского осмотра предъявляла жалобы на головную боль распространенного характера, нарушение памяти, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, нарушение сна, дрожание пальцев рук.

При осмотре неврологом выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век, ассиметричный тремор пальцев вытянутых рук, выраженный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс 96 в мин., ритмичный, АД 150/100 мм.рт.ст. По другим органам и системам изменений не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования диагностики и дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Хроническая интоксикация ртутью, начальная стадия («ртутной неврастении»)
2. Ртуть в моче, ЭЭГ, биомикроскопия переднего отрезка и хрусталика глаза. ТТГ с целью дифференциальной диагностики.
3. Унитиол в/в или в/м 5 мл 5% р-ра 20-25 дней, седативные средства, витамины; санаторно-курортное лечение – сероводородные ванны.

Задача 10

Больной П., 42 года, работает на производстве по изготовлению аккумуляторов. Был доставлен в приемное отделение в связи с резкими болями в животе. Появлению болей предшествовали неприятный вкус во рту, тошнота, запоры. Стула у больного не было несколько дней, хотя он принимал слабительные средства

Из анамнеза выяснено, что еще до работы на аккумуляторном заводе перенес язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. В течение 20 лет обострений не было.

При поступлении в больницу жаловался на резкие схваткообразные боли в животе. Объективно: Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. В легких без патологии. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 52 в мин., АД 180/90 мм.рт.ст. Живот втянут, при пальпации разлитая болезненность с преимущественной локализацией в средней и нижней половине живота и особенно вокруг пупка. Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроцитов $4,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 40‰, эритроцитов с базофильной зернистостью 66‰, СОЭ 11 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику между свинцовой коликой и синдромом «острого живота».
3. Составьте план дополнительного обследования.

Ответы:

1. Хроническая свинцовая интоксикация средней степени тяжести. Свинцовая колика.
2. Для свинцовой колики характерно: упорный запор, брадикардия, продолжительность – от нескольких часов до 3-4 недель, пальпация живота безболезненна, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При рентгенологическом исследовании выявляется усиленная перистальтика желудка, ускоренная эвакуация бариевой массы. В тяжелых случаях отмечается резкая атония желудка, каскадный его перегиб. По ходу тонкого кишечника выявляются кратковременные стазы в дистальных отделах, сменяющиеся бурной перистальтикой. Проксимальные отделы толстой кишки резко растянуты.
3. Рентгеноскопия желудка с повторными обзорными рентгенограммами органов брюшной полости, аминолевулиновая кислота или копропорфирин в моче, офтальмоскопия глазного дна, ЭЭГ, ЭНМГ.

Задача 11

Больная М., 28 лет, в течение 7 лет работает лаборантом в клинической лаборатории, где имеет контакт с различными продуктами перегонки каменного угля и нефти, в т.ч. с толуолом, ксилолом, бензолом и др. В последнее время стала отмечать раздражительность, быструю утомляемость, расстройства сна. Объективных изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. Анализ крови и мочи в норме, за исключением умеренного лейкоцитоза - $8,1 \times 10^9/л$.

В настоящее время появилась кровоточивость десен, петехии на теле, нарастает общая слабость. Общий анализ крови: эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $2,8 \times 10^9/л$, тромбоциты $100 \times 10^9/л$.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. Хроническая интоксикация ароматическими углеводородами средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, наличия тромбоцитопении, лейкопении, умеренной анемии, геморрагического синдрома.
2. Ретикулоциты, СОЭ, эритроциты с базофильной зернистостью, билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЭЭГ, ЭНМГ, биомикроскопия слезной жидкости.
3. Лечение в условиях стационара. Дробное переливание лейкоцитарной массы, тромбоцитарной массы, глюкокортикостероиды, витамины гр. В, седативные средства.