

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«30» января 2018г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 О.Н. Борисова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

«Профессиональные болезни»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

со специализацией
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-18

Тула 2018 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Борисова О.Н., заведующий кафедрой ВБ,
д.м.н., доцент


(подпись)

1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

9 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Какова современная структура истории болезни?
2. Каково оформление титульного листа истории болезни?
3. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
4. Какова особенность записей дежурного врача?
5. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
6. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?
7. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
8. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
9. Каково содержание раздела «План лечения больного»?
10. Какова схема листа учета выполнения врачебных назначений?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2

- 1) Основные исходы острого токсического бронхоолита:
 - а) выздоровление
 - б) осложнение бронхопневмонией
 - в) развитие хронического бронхоолита
 - г) облитерирующий бронхоолит
 - д) все ответы правильные
- 2) Укажите основные механизмы формирования рефлекторных синдромов при статико-динамических нагрузках на позвоночник:
 - а) все ответы правильные
 - б) дистрофические изменения в связках, фиброзных тканях позвоночного двигательного сегмента
 - в) патологическая импульсация из раздраженных рецепторов позвоночного двигательного сегмента
 - г) нарушение нейрональных связей в спинном мозге
- 3) Назовите клинические стадии миофиброза:

- а) все ниже перечисленное
 - б) миалгическая
 - в) стадия миофиброза
 - г) мионекротическая
- 4) Профессиональный миофиброз имеет следующее течение заболевания:
- а) прогрессивное
 - б) хроническое
 - в) рецидивирующее
 - г) все ответы правильные
- 5) Укажите основные признаки профессиональной этиологии асептического остеонекроза:
- а) односторонний характер патологического процесса
 - б) рентгенологические признаки асептического остеонекроза
 - в) соответствие между воздействием вредного фактора труда и локализацией патологического процесса
 - г) все выше перечисленное
- 6) Перечислите клинические формы профессиональной дискинезии:
- а) все ниже перечисленное
 - б) дрожательная
 - в) паретическая
 - г) невральная
- 7) При воздействии каких факторов труда развивается координаторный невроз?
- а) нервно-эмоциональное напряжение
 - б) охлаждающий микроклимат
 - в) выполнение рабочих движений, требующих высокой координации действий
 - г) большое количество рабочих движений в единицу времени
 - д) все ответы правильные
- 8) Укажите характерное течение деформирующих остеоартрозов профессиональной этиологии:
- а) прогрессивное
 - б) стабильное
 - в) хроническое
 - д) все ответы правильные
- 9) К группе профессиональных заболеваний относятся заболевания:
- а) развившиеся у лиц, проживающих вблизи промышленных предприятий, загрязняющих атмосферный воздух
 - б) перечисленные в Списке профессиональных заболеваний, утвержденном МЗ и МП РФ
 - в) развившиеся по пути на работу или с работы
- 10) Перечислите основные функциональные методы исследования, направленные на объективизацию патологии опорно-двигательного аппарата вибрационного генеза:
- а) все ниже перечисленное
 - в) электронейромиография
 - г) динамометрия

д) реовазография

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Какие патоморфологические изменения в слизистой оболочке верхних дыхательных путей возникают при длительном воздействии пыли?
 - а) лимфоидная инфильтрация
 - б) метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский эпителий и склероз
 - в) гипертрофия (атрофия) эпителия
 - г) все выше перечисленное
- 2) Какая форма течения нейросенсорной тугоухости характерна для профессионального заболевания?
 - а) острая
 - б) постепенно прогрессирующая
- 3) При наличии аудиологических признаков воздействия шума на орган слуха устанавливается ли профессиональное заболевание органа слуха?
 - а) да
 - б) нет
- 4) При какой степени снижения слуха продолжение работы в условиях интенсивного производственного шума противопоказана?
 - а) легкой степени
 - б) умеренной степени
 - в) значительной степени
- 5) Обязательна ли пороговая тональная аудиометрия при периодических медицинских осмотрах?
 - а) да
 - б) нет
- 6) Основные клинические симптомы, соответствующие начальным проявлениям пневмокониозов:
 - а) одышка при тяжелой физической нагрузке
 - б) периодический кашель и боли в грудной клетке
 - в) отсутствие аускультативных изменений в легких
 - г) нерезко выраженные диффузные изменения на рентгенограмме
 - д) все выше перечисленное
- 7) Какие диагностические методы являются основными для установления диагноза пневмокониоза?
 - а) рентгенография легких в прямой и боковой проекции, первично увеличенный снимок
 - б) исследование легочной вентиляции и газов крови
 - в) бронхофиброскопия с биопсией
 - г) все вышеперечисленное
- 8) Лабораторные методы, имеющие значение для диагностики пневмокониозов от воздействия аэрозолей фиброгенного и токсико - аллергенного действия:
 - а) гистологическое изучение биоптатов
 - б) исследование костно-мозгового пунктата

- в) исследование мокроты на содержание кристаллов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана, эозинофилов
- г) все выше перечисленное

9) К основным клиническим проявлениям неосложненных форм пневмокониозов не относятся:

- а) длительное бессимптомное течение заболевания
- б) острое начало заболевания, сопровождающееся одышкой, кашлем, высокой лихорадкой
- в) изменения вентиляционных показателей преимущественно по рестриктивному типу

10) Основными диагностическими критериями хронического бронхита профессиональной этиологии не являются:

- а) длительный стаж работы в контакте с высокими концентрациями промышленных аэрозолей
- б) первично-хроническое течение заболевания
- в) острое начало заболевания, частые немотивированные подъемы температуры
- г) атрофические и склерозирующие изменения слизистой оболочки бронхов, обтурация бронхов слизью, трахеобронхиальная дискинезия при начальных стадиях заболевания

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-7

Клиническая задача 1

Мужчина 51 года, инженер. Обратился с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5°C. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38°C. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в мин. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс 95 в мин., ритмичный. АД=120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты 5,4·10¹²/л, лейкоциты - 10,2·10⁹/л, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 71%, лимфоциты 22%, моноциты 3%. СОЭ 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Участковый терапевт поставил диагноз «Пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли участковый терапевт поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.

2. Правильно ли участковый терапевт выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли терапевт выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

Клиническая задача 2

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъём на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$ (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Клиническая задача 3

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества

имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастриальной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10х8х7 см и 6х4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} = 103 \text{ г/л}$, $\text{МСН} - 23\text{п/г}$, $\text{МСНС} - 300 \text{ г/л}$, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

Клиническая задача 4

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

Клиническая задача 5

Больной, 48 лет, врач - патологоанатом краевого бюро обратился к цеховому терапевту с жалобами на слабость, потливость, похудание на 6 кг за последние 3 месяца, повышение температуры тела до 37,1 - 37,4° в вечернее время. На флюорограмме в верхней доле справа выявлены очаги инфильтрации легочной ткани размером 2,0 x 2,5 см и 1,0 x 1,5 см с нечеткими контурами и дорожкой к корню. При поступлении на работу и на периодических медосмотрах ФДГ - без патологии. По роду своей работы проводит вскрытия умерших больных из краевой психиатрической больницы, тюремной больницы, краевого противотуберкулезного диспансера, среди которых были умершие от туберкулеза. Больной отрицает наличие туберкулеза у членов семьи.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Если Вы считаете данное заболевание профессиональным, то укажите какие документы необходимы для связи заболевания с профессией.

3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

9 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
2. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
3. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
4. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?
5. Каково содержание листа основных показателей состояния больного?
6. Что включает в себя диагноз?
7. Какова современная структура истории болезни?
8. Каково оформление титульного листа истории болезни?
9. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
10. Какова особенность записей дежурного врача?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2

- 1) Укажите основные синдромы вибрационной болезни от воздействия общей вибрации:
 - а) вегетативно-сенсорная полинейропатия
 - б) синдром полирадикулоневропатии
 - в) пояснично-крестцовая радикулопатия
 - г) все выше перечисленное
- 2) Какие принципы положены в основу современных классификаций ПБА?
 - а) этиологический
 - б) патогенетический

- в) клинический
 - г) по принципу профессиональной принадлежности
 - д) все ответы верны
- 3) Какими этиологическими факторами вызывается ПБА?
- а) физическими, метеорологическими
 - б) химическими, биологическими
 - в) психоэмоциональными, социальными
- 4) Какие группы веществ могут быть причиной возникновения ПБА?
- а) органические растворители
 - б) микробные аллергены
 - в) растительные аллергены
 - г) все выше перечисленные
- 5) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику ПБА?
- а) инфекционно-аллергическая бронхиальная астма
 - б) кардиальная астма
 - в) ответы а) и б)
 - г) гипервентиляционный синдром
 - д) все выше перечисленные
- 6) Какие клинические признаки болезни важно отметить у пациента с подозрением на ПБА?
- а) сухие хрипы в легких
 - б) грубый систолический шум над крупными сосудами
 - в) кашель с гнойной мокротой
 - г) все выше перечисленные
- 7) Какие клинические признаки присущи атопическому варианту течения ПБА?
- а) развитие болезни после непродолжительного контакта с профессиональным аллергеном
 - б) наличие в анамнезе аллергических реакций в виде крапивницы, отеков Квинке, поллиноза
 - в) молодой возраст больного
 - г) четко выраженные симптомы экспозиции и элиминации
 - д) все выше перечисленные
- 8) Какие клинические признаки характерны для больных со смешанным типом течения ПБА?
- а) средне-тяжелое течение болезни
 - б) большой стаж работы в условиях воздействия профессиональных аллергенов
 - в) нечетко выраженные симптомы экспозиции и элиминации
 - г) наличие бронхитов, пневмоний в анамнезе
 - д) все выше перечисленное
- 9) Клинические признаки профессионального астматического бронхита (астма без развернутых приступов удушья):
- а) все ответы верные
 - б) монотонная одышка с затрудненным выдохом без развернутых приступов
 - в) выраженный симптом экспозиции при нечетком симптоме элиминации
 - г) частые респираторные заболевания в анамнезе
 - д) быстрое прогрессирование болезни

10) Какие методы аллергологического обследования имеют дифференциально-диагностическое значение при установлении диагноза профессиональной бронхиальной астмы?

- а) кожное тестирование с бытовыми и пылевыми аллергенами
- б) кожное тестирование с профессиональными аллергенами
- в) провокационная ингаляционная проба с профессиональными аллергенами, ТТЕЭЛ
- г) повторное обследование больного после реэкспозиции с профессиональным аллергеном на производстве
- д) правильные ответы в) и г)

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

1) Основными диагностическими методами профессионального бронхита являются:

- а) все ниже перечисленное
- б) исследование показателей функции внешнего дыхания с проведением пробы с селективным бронхолитиком
- г) бронхофиброскопия
- д) рентгенологическое исследование органов грудной клетки

2) Какие диагностические признаки профессионального бронхита ограничивают трудоспособность больных и приводят к инвалидизации?

- а) все ниже перечисленные
- б) частые обострения заболевания, отсутствие положительной динамики показателей ФВД, прогрессирующая эмфизема легких
- в) обструктивные нарушения показателей функции внешнего дыхания, стойкие ЭКГ-признаки ишемии миокарда

3) К основным методам первичной профилактики профессиональных бронхитов относятся:

- а) постоянное совершенствование технологических процессов, сопровождающихся выделением пыли в воздух рабочей зоны
- б) неукоснительное использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)
- в) профилактика острых респираторных заболеваний, своевременное и адекватное лечение острых бронхитов и пневмоний
- г) адекватная подготовка медицинских работников по вопросам профпатологии, осуществляющих проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников вредных профессий
- д) все выше перечисленное

4) Какие документы не входят в обязательный перечень при установлении диагноза профессионального заболевания?

- а) санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, представленная СЭС
- б) копия трудовой книжки
- в) выписка из амбулаторной карты с указанием обращаемости за период работы
- г) административная характеристика работника, заверенная подписью руководителя и печатью учреждения

5) Специалистам каких медицинских учреждений дано право первичной связи заболевания легких с профессией?

- а) пульмонолог территориальной поликлиники, семейный врач
- б) федеральный и территориальные центры профпатологии
- в) территориальный врач профпатолог
- г) цеховой врач медико-санитарной части предприятия

д) кандидаты и доктора медицинских наук, работающие в высших учебных заведениях медицинского профиля

б) Какие условия труда противопоказаны при начальных стадиях пылевых заболеваний?

а) работа в условиях воздействия пыли и раздражающих веществ

б) работа в неблагоприятных метеорологических условиях и с большими физическими нагрузками

в) работа в условиях воздействия пыли, токсических, алергизирующих и раздражающих веществ, неблагоприятных метеорологических условиях

г) ночные смены

д) все выше перечисленное

7) Какие основные лечебные комплексы способствуют профилактике прогрессирования профессионального бронхита?

а) перевод на работу вне контакта с пылью, токсическими, раздражающими и алергизирующими веществами

б) использование лечебных мероприятий, способствующих восстановлению эвакуаторной, секреторной и защитной функций бронхо-легочного аппарата

в) своевременное и адекватное лечение общих заболеваний органов дыхания

г) регулярное использование методов традиционной медицины, способствующих поддержанию резистентности организма

д) все выше перечисленное

8) Какие профессиональные заболевания органов дыхания могут развиваться при воздействии солей бериллия?

а) острые поражения верхних дыхательных путей

б) острый токсический бронхо-бронхиолит

в) токсический отек легких

г) бериллиоз

д) все выше перечисленное

9) Каким видам пневмокониозов свойственно обратное развитие процесса при прекращении контакта?

а) пневмокониоз сварщика

б) гиперчувствительный пневмонит

в) антракосиликоз

г) ответы а) и б)

д) все выше перечисленное

10) Какие периоды отмечаются в развитии токсического отека легких?

а) начальные явления (рефлекторная стадия)

б) скрытый период

в) обратное развитие отека

г) период завершеного отека

д) все выше перечисленное

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-7

Клиническая задача 1

У больной, 38 лет, диагностировали очаговый туберкулез верхней доли правого лёгкого. После проведенного лечения сформировалась туберкулома. Больная работает преподавателем

английского языка в школе; среди учеников и коллег по работе, с которыми общалась больная, туберкулеза не выявлено, но муж болен туберкулезом легких. Заболевание мужа 3 месяца назад признано профессиональным (работает врачом - патологоанатомом краевого бюро судмедэкспертизы, вскрывает трупы лиц без определенного места жительства, в том числе, умерших от туберкулеза).

1. Является ли заболевание больной профессиональным? Почему?
2. Тактика ведения больной, экспертиза трудоспособности.

Клиническая задача 2

Врач здравпункта золотодобывающей шахты высказал подозрение о выявлении у проходчика, 46 лет, силикоза. Направляя больного в клинику профессиональных болезней, врач поставил предварительный диагноз: силикоз, хронический пылевой бронхит, ЛН I ст. К медицинскому направлению приложил характеристику санитарно - гигиенических условий труда больного, заверенную главным врачом медсанчасти шахты и инженером по технике безопасности. В характеристике, указывалось, что: «работает проходчиком 10 лет, часть рабочего времени имеет контакт с пылью, содержащей свободную двуокись кремния с максимальной концентрацией 22мг/м. С выполняемой работой справляется».

1. Достаточны ли сведения, указанные врачом в производственной характеристике условий труда больного, для решения вопроса о профзаболевании; правильно ли оформлены документы для связи заболевания с профессией. Если сведения признаны Вами неудовлетворительными, то что должно быть включено дополнительно в санитарно - гигиеническую характеристику условий труда?

Клиническая задача 3

Больной, 54 лет, диагностировали бруцеллез, локомоторную форму, ФНС I ст. Работает ветфельдшером 28 лет. Принимает роды у крупного рогатого скота, ведет забор крови у животных на бруцеллез, проводит вакцинацию и лечение животных. В отдельных хозяйствах района 15 лет назад были случаи заболевания бруцеллезом крупного рогатого скота.

1. Какие документы и основные сведения должна собрать больная для возможной связи заболевания с профессией?

Клиническая задача 4

Врач здравпункта машиностроительного завода высказал подозрение о заболевании силикозом выколотчика литейного цеха. Для углубленного медосмотра больной был направлен в клинику профессиональных болезней. К направлению к профпатологу была приложена санитарно - гигиеническая характеристика условий труда, где указывалось: «работает выколотчиком чугуна на данном предприятии 3 года. Процесс выколотки сопровождается выделением пыли в воздух рабочей зоны с небольшим превышением ПДК».

1. Удовлетворяет ли Вас содержание характеристики условий труда? Если нет, то что по Вашему мнению должно быть включено в неё?
2. Требуется ли еще какие-либо документы для решения вопроса о связи заболевания с профессией?

Клиническая задача 5

Пациентка И. 35 лет, работница типографии, не курит. 12 лет работает упаковщицей. Обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты в течение последних 3 лет. При объективном исследовании выявлена следующая патология: на фоне жесткого дыхания прослушиваются рассеянные сухие

хрипы над всей легочной поверхностью в небольшом количестве.

Рентгенологически со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено.

1. Какой предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3. Какие дополнительные исследования необходимы для установления связи данного заболевания с профессией?

4. Тактика лечащего врача.

5. Какие заболевания могут быть обусловлены контактом с производственной пылью?