

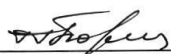
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«28» января 2021г., 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

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 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-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)

- 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 ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

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 противопоказано?
- 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 ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

1. Перечислите основные функциональные методы исследования, направленные на объективизацию патологии опорно-двигательного аппарата вибрационного генеза:
 - а) все ниже перечисленное
 - в) электронейромиография
 - г) динамометрия
 - д) реовазография
2. Укажите основные синдромы вибрационной болезни от воздействия общей вибрации:
 - а) вегетативно-сенсорная полинейропатия
 - б) синдром полирадикулоневропатии
 - в) пояснично-крестцовая радикулопатия
 - г) все выше перечисленное
3. Какие принципы положены в основу современных классификаций ПБА?
 - а) этиологический
 - б) патогенетический
 - в) клинический
 - г) по принципу профессиональной принадлежности
 - д) все ответы верны
4. Какими этиологическими факторами вызывается ПБА?
 - а) физическими, метеорологическими
 - б) химическими, биологическими
 - в) психоэмоциональными, социальными
5. Какие группы веществ могут быть причиной возникновения ПБА?
 - а) органические растворители
 - б) микробные аллергены
 - в) растительные аллергены
 - г) все выше перечисленные
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

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 лёгочной 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 – 4,8·10⁹/л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – 6,1·10⁹/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: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, МСН - 23pg, МСНС – 300 g/l, 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°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, высокочастотных 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.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача 1

У больного, 16 лет отработавшего обрубщиком на заводе «Красмаш», 2 года назад был диагностирован силикоз (2р, em). При очередном обследовании в МСЧ обнаружено: усиление одышки, учащение кашля, появление болей в подлопаточных областях. Перкуторный звук в нижних отделах с коробочным оттенком, экскурсия легочных краев уменьшена. Дыхание жесткое, ослабленное, единичные сухие хрипы. Рентгенологически на фоне ячеисто - сетчатой деформации легочного рисунка определяются симметричные однотипные множественные образования 2-4 мм в диаметре, занимающие все отделы обоих легких, уплотнение междолевой плевры справа. Корни обрублены, с обызвествлением лимфоузлов по типу «яичной скорлупы».

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения. Выпишите беродуал.
4. Экспертиза профпригодности.
5. Профилактика и реабилитация данного заболевания

Клиническая задача 2

У обрубщика фасонного литья Красноярского машиностроительного завода на очередном МО невропатологом выявлена гипестезия верхних конечностей по типу коротких перчаток. Стаж работы в данной профессии 18 лет. В процессе трудовой деятельности обрубщик контактирует с ручным пневматическим виброинструментом 70 % рабочего времени.

Вопросы:

1. Укажите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
4. Выпишите трентал.
5. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

Клиническая задача 3

Больной С, 52 лет направлен в профпатологический центр с жалобами на боли и онемения в области кистей, предплечий; побеление II - IV пальцев кистей на холоде, снижение слуха. Из-за болей в руках плохо спит по ночам. Работает проходчиком на ОАО «Артемовский рудник» 20 лет. Среднесменный уровень локальной вибрации превышает ПДУ на 5-8 дБ. Запыленность в воздухе рабочей зоны за годы работы от 28 до 36 мг/м (при ПДК 4 мг/м³). Эквивалентный уровень шума за последние 5 лет составлял 82 - 87 дБ (при ПДУ 80 дБ). При обследовании выявлены: гипестезия по типу длинных перчаток, гиперкератоз на ладонной поверхности кистей, стертость пальмарного рисунка, снижение порога восприятия вибрации камертоном с 128 до 4-6 сек; снижение шепотной речи на оба уха до 1,5 метров; по аудиограмме - признаки двусторонней нейросенсорной тугоухости умеренной степени.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические симптомы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какой синдром является ведущим для данного заболевания?
4. План обследования. Выпишите пентоксифиллин.
5. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

Клиническая задача 4

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,98, лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$, ретикулоциты 20%, эритроциты с базофильной зернистостью 38%. В моче обнаружено 0,07 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенности.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз
2. Какие из перечисленных показателей подтверждают Ваше предположение?
3. Какие данные необходимо получить для уточнения диагноза?
4. О чем свидетельствует наличие свинца в моче?
5. Проведите экспертизу профпригодности. Выпишите пентацин.

Клиническая задача 5

Больной К., 32 лет, поступил в профцентр ККБ для уточнения диагноза в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелковоподобные тени диаметром 1,5 - 3 мм преимущественно в средне-нижних отделах лёгких у умеренном количестве. Жалоб при поступлении не предъявлял. Профмаршрут: в течение 10 лет работает электросварщиком на заводе «Сибтяжмаш». Из санитарно-гигиенической характеристики рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов железа, марганца и др. соединений с превышением ПДК в 10 - 16 раз. Вентиляция в цехе общеоб-

менная, при работе в полужакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска - щиток, СИЗ органов дыхания не применялись. До поступления на завод рентгенологических изменений в легких не было. При обследовании: перкуторно - лёгочный звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста ОФВ₁ на беротек не получено. Фтизиатр: данных за туберкулёз лёгких не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз с применением кодировки рентгенологических изменений в легких.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Дайте трудовые рекомендации.
4. Профилактика данного заболевания.
5. Выпишите беротек.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача 1

При проведении периодического медицинского осмотра на лакокрасочном заводе у работника цеха производства свинцового сурика обнаружены следующие показатели периферической крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^9$ /л, ЦП 0,98, лейкоциты $5,4 \times 10^9$ /л, ретикулоциты 22 %, эритроциты с базофильной зернистостью 36 %. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенности.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Какие из перечисленных показателей подтверждают Ваше предположение?
3. Какие данные необходимо получить для уточнения диагноза?
4. Дайте трудовые рекомендации. Выпишите пеницилламин.
5. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

Клиническая задача 2

Больной, 48 лет, работает электролизником на Норильском горно-металлургическом комбинате в течение 16 лет, при этом контактирует с производственной пылью, содержащей никель, фториды, глинозём. На периодическом медосмотре предъявляет жалобы на приступообразный кашель с отделением мокроты светлого цвета, одышку при физической нагрузке. Объективно: конфигурация грудной клетки ближе к цилиндрической, при перкуссии лёгких выявляется коробочный звук, при аускультации – жёсткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. На рентгенограмме органов грудной клетки – корни лёгких усилены, тяжисты, расширены, лёгочные поля повышенной прозрачности. При спирографии – индекс Тиффно 0,62, ОФВ₁ – 68%. Изменений в анализах крови и мочи не определяется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какая документация необходима для уточнения диагноза?
3. Какие методы диагностики необходимо применить?
4. Врачи каких специальностей входят в комиссию по проведению периодического медицинского осмотра лиц, работающих в контакте с промышленными аэрозолями?
5. Профилактика данного заболевания.

Клиническая задача 3

Больная Д., 46 лет, 20 лет работает паяльщицей микросхем на радиозаводе. Контактует периодически с веществами, в состав которых входит канифоль (концентрация не превышает ПДК). Последние 3 года стала замечать периодические приступы удушья на работе, которые снимала эуфиллином, затем - беротеком. Вне работы приступов удушья не было. При осмотре в клинике проф. патологии каких-либо изменений не выявлено. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. Спирографически: ОФВ₁ – 96% должного, прирост на пробу с беротеком составил 24%. После проведение ингаляционной пробы с канифолью через 15 мин. ОФВ₁ - 74 % должн., ещё через 15 мин. развился приступ удушья с дистанционными хрипами в лёгких. Приступ купирован введением в/в капельно эуфиллина 2,4% - 10,0 мл на 200,0 мл физ. раствора. В динамике по спирограмме обструктивных нарушений не выявлено. Больная переведена на работу уборщика помещений (с применением синтетических моющих средств).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больной.
3. Решите вопросы экспертизы трудоспособности.
4. Рационально ли трудоустроена больная?
5. Выпишите беротек.

Клиническая задача 4

Больной В., 44 года, направлен в противотуберкулезный диспансер для консультации. В прошлом 13 лет работал обрубщиком; 2 года назад был диагностирован силикоз первой стадии. При очередном обследовании в медсанчасти обнаружено усиление одышки, учащение кашля, появление болей в подлопаточных областях. Перкуторный звук над нижними отделами легких с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких ограничена. Дыхание ослабленное, жестковатое, прослушиваются единичные сухие хрипы. На рентгенограмме отмечается диффузное усиление и деформация легочного рисунка, 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.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 5

Больной Л., 43 года, в течение 16 лет работает формовщиком литейного производства. В последние три года стал ощущать колющие боли в области лопаток, периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка. 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. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снижены по обструктивному и рестриктивному типу. На рентгенограмме отмечаются 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.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.1)

Клиническая задача 1

Больной К., 46 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодически боль в грудной клетке, повышенную утомляемость. Перкуторный звук над легкими не изменен, при аускультации дыхание везикулярное. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено. Функция внешнего дыхания не нарушена. Анализы крови и мочи в норме. На рентгенограмме прозрачность легочных полей не изменена, легочный рисунок умеренно усилен и деформирован с обеих сторон. В верхней доле правого легкого определяются полиморфные очаговые тени. Небольшие плевродиафрагмальные спайки справа.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику,
3. укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
4. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 2

Больной Д., 51 год, в течение 6 лет работает по размолу кварцевого песка. Основными жалобами являются кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, боли в грудной клетке, одышка при небольших физических нагрузках, боли в суставах рук и ног. Объективно: пониженного питания, кожа сухая, слегка шелушится; атрофия мышц кистей; межфаланговые суставы кистей деформированы; пальцы в состоянии ладонной флексии; контуры лучезапястных суставов сглажены, движение в них ограничено. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно на всем протяжении коробочный звук. Аускультативно – ослабленное дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы, под левой лопаткой – мелкопузырчатые влажные хрипы. БК в мокроте не найдены, реакция Манту отрицательная. Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля в базальных отделах эмфизематозны. Легочный рисунок диффузно усилен и деформирован; на фоне него имеются множественные мелкие плотные очаги, местами сливающиеся. Корни легких расширены, уплотнены. Рентгенография кистей: на левой кисти отмечаются остеопороз всех костей, костный анкилоз лучевой кости и костей запястья, ногтевые и средние фаланги III и IV пальцев в состоянии ладонной флексии, подвывихи.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 3

Больной Ж., 39 лет, имеет "пылевой" стаж работы формовщиком 17 лет. Концентрация пыли на его рабочем месте превышает ПДК в 11,5 раз. Во время периодического медицинского осмотра предъявлял жалобы на кашель, преимущественно сухой, изредка с небольшим количеством слизистой мокроты, беспокоящий его в течение последних 3 лет. Объективно: перкуторный звук в нижних отделах с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена, дыхание жесткое, прослушиваются непостоянные рассеянные сухие хрипы.

Флюорограммы легких без отклонений от нормы. Функция внешнего дыхания нарушена по рестриктивному типу.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 4

Больной В. 34 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные колющие боли в нижних отделах грудной клетки, одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость боли сжимающего характера в области сердца. Профессиональной анамнез до 29-летнего возраста контакта с профвредностями не имел. В 29 лет стал работать бурильщиком-проходчиком геолого-разведовательной партии, ведущей поиск алмазов. При бурении и проходке горных пород подвергался действию высоких концентраций кварцевой 17 пыли. Через два года от начала работы появилась небольшая одышка, кашель с выделением слизистой мокроты по утрам. При обращении к врачу, после рентгенологического исследования был направлен в клинику профессиональных болезней, где после исследования установлен диагноз: Силикоз первая-вторая стадия, узелковая форма (q2), ДН первой степени. Был трудоустроен токарем, инвалид III группы. В текущем году состояние больного ухудшилось усилились одышка, слабость, с трудом выполняет работу токаря. При исследовании в клинике обнаружена мозаичность перкуторного звука, жесткое везикулярное дыхание, расширение границ сердца вправо, акцент II тона на легочной артерии. В крови – небольшой лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные узелковые тени (до 3мм) по всем легочным полям, гуще расположенные в средних и нижних отделах. Корни уплотнены, бесструктурны, «обрублены». Имеются плевроперикардиальные и плевродиафрагмальные спайки. При исследовании внешнего дыхания обнаружено нарушение выраженное вентилиционной функции легких, преимущественно рестриктивного типа. ЭКГ -признаки легочного сердца, дилатация правых отделов сердца при эхокардиографическом исследовании.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 5

При рентгенологическом исследовании больного с силикозом найдены интерстициальные изменения, в виде тонких линейных исеччатых затемнений, локализирующихся в прикорневых отделах легких. Корни уплотнены, бесструктурны.

Вопросы:

1. Дайте заключение по рентгенограмме,
2. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
3. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
4. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.2)

Клиническая задача 1

Больной Д. 38 лет, поступил в клинику для связи заболевания с профессией. Профanamнез: работает с 22 лет формовщиком литейного цеха. Имеет производственный контакт с пылью, содержащей высокий процент свободной двуокиси кремния, в концентрациях до 12 мг/м. Работает в условиях загазованности, резких колебаний температуры. Поступил с жалобами на сухой кашель, одышку при значительной физической нагрузке. В детстве перенес левостороннюю пневмонию (в течение месяца лечился стационарно с хорошим эффектом). При рентгенологическом исследовании заподозрено профессиональное заболевание. Кашель и одышка появились у больного около двух лет назад. Объективно: патологических изменений со стороны легких и других органов не выявлено. Лабораторные, биохимические, функциональные показатели также в норме. Рентгенограмма легких: легочные поля в нижних отделах пониженной прозрачности за счет груботяжистых, местами пятнистых интерстициальных изменений. Корни легких бесструктурны. Справа имеются плеворадиафрагмальные спайки.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 2.

Больной Е. 32 лет, заточник, поступил в клинику с жалобами на неприятные ощущения в грудной клетке, редкий сухой кашель. В течение 11 лет работает в условиях запыленности кварцевой пылью. При очередном профосмотре на рентгенограмме обнаружены изменения и Е. направлен в клинику профессиональных болезней. При поступлении в стационар больной представил копию трудовой книжки и производственную характеристику. Ранее ничем не болел. Объективное исследование – состояние удовлетворительное, в легких – везикулярное, 18 в нижних отделах – ослабленное дыхание. Перкуторно – легочный звук. Со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов патологических изменений не выявлено. Нормальные лабораторные и функциональные показатели. На рентгенограмме: в прикорневых отделах больше справа единичные узелковые тени до 1,5мм диаметром. При компьютерной томографии легких выявляется диффузный пневмосклероз с узелковыми тенями, симптом «матового стекла».

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз; проведите дифференциальную диагностику,
2. укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 3

Больная М., 30 лет, работает 3 года медицинской сестрой в процедурном кабинете поликлиники. Страдает бронхиальной астмой, в связи с которой направлена на консультацию к профпатологу для установления (или исключения) связи заболевания с профессией. Около года назад заметила, что при контакте с пенициллином появилось першение в горле, чиханье, позднее – приступообразный кашель, а затем стали возникать приступы удушья. Приступы проходили вскоре после приема таблетки теофедрина или ингаляции сольбутамола, 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 имеются заключение о наличии у больной типичных приступов бронхиальной астмы, появляющихся при выполнении инъекций пенициллина, а также положительных результатов кожных и конъюнктивальных проб с раствором пенициллина.

Вопросы:

1. определите, достаточны ли приведенные данные для решения вопроса о связи имеющейся у больной бронхиальной астмы с ее профессией.
2. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
3. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
4. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 4

Больной Б., 45 лет, в течение 15 лет работает испытателем двигателей в ОАО «Кузнецов», где шум на рабочем месте достигает 95-110 дБ в основном на высоких частотах. В последние 3 года стал отмечать повышенную раздражительность, быструю утомляемость, периодически головную боль. В дальнейшем при очередном периодическом медицинском осмотре было обнаружено снижение сухожильных периостальных рефлексов на руках и ногах, тремор пальцев вытянутых рук, неустойчивость в позе Ромберга, общий гипергидроз, стойкий красный дермографизм. В это же время стал замечать снижение слуха. Изменений в отоскопической картине не обнаружено. При аудиометрии обнаружено повышение порогов слуха в области восприятия речевых частот в пределах 21-30 дБ, на 400 Гц - до 65 (± 20) и снижение слуха на восприятие шепотной речи до 2 м (± 1 м).

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 5

Больной С., 36 лет, штукатур с 14 -летним стажем. При прохождении периодического медосмотра предъявлял жалобы на боли в правом плечевом суставе, особенно в начале работы. Боли усиливаются при подъеме и переноске тяжестей и отведении плеча. Объективно: при одевании и снятии одежды заметно щажение руки. Контуры плечевых суставов не изменены, закладывание руки за спину неосуществимо из-за болей. Пальпация большого бугорка плеча и верхнего края дельтовидной мышцы болезненна. Отмечается хруст при движениях в плечевом суставе. Объективные данные со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Рентгенограмма плечевых составов: склероз площадки большого 19 бугорка правой плечевой кости. Рентгенограмма шейно-грудного отдела позвоночника без патологии. Динамометрия: слева - 40 кг, справа - 15 кг.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.3)

Клиническая задача 1

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НЬ 14,8 г/л, число эритроцитов $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,98, число лейкоцитов $5,8 \cdot 10^9$ /л, ретикулоцитов 20 %, эритроцитов с базофильной зернистостью 38 %. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 2

Больной А., 42 года, в течение 17 лет производил полировку футляров телевизоров на войлочном круге с применением раствора, содержащего 35 % бензола. Заболевание развивалось постепенно. Больной стал отмечать слабость, головные боли, быструю утомляемость, в дальнейшем появилась кровоточивость десен, носовые кровотечения. При обследовании в стационаре было обращено внимание на отсутствие увеличенных лимфатических узлов, печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Отмечались тремор пальцев вытянутых рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, лабильность пульса и артериального давления

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 3

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 выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век и пальцев вытянутых рук (асимметричный), выраженный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 150/100 мм рт. ст. В остальном изменений не выявлено.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Клиническая задача 4

Больной К., 40 лет, полевод крестьянско-фермерского хозяйства, доставлен в центральную районную больницу с жалобами на резкую слабость, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту, боли в животе. При опросе установлено, что за 2 ч до появления описанных симптомов занимался прополкой поля, накануне обработанного метилмеркаптофосом. Объективное исследование выявило сужение зрачков, гипергидроз кожи, миоз, бронхорею, брадикардию, фибрилляцию отдельных мышц.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,
3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

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-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.1)**

- 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 пыльцевыми 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 ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.2)

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

6) 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, аллергизирующих 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 аллергизирующими 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 ОПК-4 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-4.3)

1. 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)
2. Какие необходимо выделять дифференциально-диагностические критерии ПБА?
 - а) наличие контакта с профессиональным аллергеном
 - б) наличие клинических признаков бронхиальной астмы
 - в) положительные результаты аллергологического тестирования с профессиональными аллергенами
 - г) положительные результаты лабораторных иммунологических тестов с профессиональными аллергенами
 - д) все выше перечисленное
3. Какие рекомендации к трудоустройству необходимо дать больному с ПБА?
 - а) все ответы правильные
 - б) отстранение от работы в контакте с профессиональными аллергенами
 - в) переквалификация, если пациент молодого возраста
 - г) направление больного на МСЭК для определения группы инвалидности при среднетяжелом и тяжелом течении болезни
 - д) трудоустройство в теплом сухом помещении вне контакта с веществами алергизирующего и раздражающего действия
4. Каковы гематологические признаки острой интоксикации мышьяковистым водородом?
 - а) нейтрофильный лейкоцитоз
 - б) эритропения
 - в) ретикулоцитоз
 - г) все выше перечисленное
5. Что определяет тяжесть поражения при остром токсическом гепатите?
 - а) концентрации токсических веществ
 - б) злоупотребление алкоголем
 - в) общая реактивность организма
 - г) все выше перечисленное
6. Каковы основные лечебные мероприятия при остром токсическом гепатите?
 - а) промывание желудка
 - б) гемодиализ
 - в) липотропные средства

- г) все выше перечисленное
7. Какие трудовые рекомендации для лиц, перенесших острый токсический гепатит?
- а) отстранение от работы в контакте с профессиональными вредностями
 - б) временное отстранение от работы в контакте с токсическими веществами сроком на 2 месяца
 - в) определение группы инвалидности
8. В каких производствах может наблюдаться развитие интоксикации свинцом?
- а) при плавке свинцовых руд
 - б) в производстве хрустального стекла
 - в) в производстве красителей
 - г) при производстве аккумуляторных батарей
 - д) все ответы верные
9. Перечислите основные изменения системы крови при воздействии свинца:
- а) снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина, появление лейкоцитоза
 - б) появление ретикулоцитоза, увеличение эритроцитов с базофильной зернистостью
10. Какова основная клиническая симптоматика при хронической свинцовой интоксикации?
- а) вегетативно-сенсорная полинейропатия
 - б) патология почек
 - в) изменения желудочно-кишечного тракта (колики, нарушение моторной, всасывательной функции кишечника)
 - г) все выше перечисленное

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.1)

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).

Вопросы:

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».

Вопросы:

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.

Вопросы:

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».

Вопросы:

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.

Вопросы:

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?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.2)

Клиническая задача 1

Врач здравпункта машиностроительного завода высказал подозрение о заболевании силикозом выбивщика литейного цеха. Больной направлен для углубленного медицинского обследования в профцентр. К медицинскому направлению была приложена характеристика санитарно-гигиенических условий труда больного: «работает выбивщиком чугуна на данном предприятии 3 года, процесс выбивки сопровождается выделением пыли в воздух производственного помещения».

Вопросы:

1. Достаточно ли для решения о связи заболевания с профессией документации.
2. При выписке из стационара показана выдача больничного листа или справки обследуемому.

Клиническая задача 2

В противотуберкулезный диспансер направлен для консультации больной, 12 лет работавший пескоструйщиком. Два года назад у него диагностирован силикоз I ст. При очередном обследовании в медсанчасти пожаловался на усиление одышки, кашля, болей в груди, слабость, недомогание, потливость. Объективно: легкий цианоз губ, ЧДД 24 в минуту, перкуторный звук в нижних отделах легких с коробочным оттенком, дыхательная экскурсия легочных краев уменьшена. Дыхание ослаблено, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хрипы. Рентгенологически – легочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в среднем и нижних отделах, больше справа, немногочисленные округлые образования 1-2 мм в диаметре, более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

Вопросы:

1. проведите анализ представленных данных,
2. сформулируйте предварительный диагноз и наметьте необходимые параклинические исследования.

Клиническая задача 3

В профотделение направлен рабочий литейного цеха, 12 лет работавший на машиностроительном заводе. 3 года назад диагностирован силикоз I ст. Больной находится под динамическим наблюдением. В последнее время усилились одышка и кашель, появились боли в подлопаточной области, изредка – кашель со слизистой мокротой. Перкуторный звук над нижними отделами легких коробочный, экскурсия легочных краев уменьшена. Дыхание жестко-ослабленное, единичные сухие хрипы, акцент II тона над легочной артерией. Рентгенологически: повышенная воздушность легочной ткани на фоне ячеисто-сетчатой деформации легочного рисунка, однотипные множественные образования 2-4 мм в диаметре, занимающие все отделы обоих легких, междолевая плевра справа утолщена. Корни обрублены, лимфоузлы корней обызвествлены по типу яичной скорлупы.

Вопросы:

1. поставить предварительный диагноз.
2. Наметить необходимые дополнительные исследования.
3. Каковы причины ухудшения здоровья?

Клиническая задача 4

ВКК медсанчасти машиностроительного завода направила на профпатологическую МСЭК главного механика завода, 18 лет назад работавшего слесарем по ремонту просеивающей аппаратуры в литейном цехе. Диагноз: поздний силикоз I ст., узелковая форма. Больной жалоб не предъявляет, функциональные тесты удовлетворительные.

Вопросы:

1. С позиций председателя МСЭК сформулируйте экспертное решение, обоснуйте его.

Клиническая задача 5

Больной 44 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имеет. Жалуется на сухой кашель, периодическую боль в грудной клетке, повышенную утомляемость. Перкуторно звук над легкими не изменен, аускультативно – везикулярное дыхание. Со стороны других орга-

нов и систем отклонений не выявлено, ФВД не нарушена. Анализы крови и мочи в норме. На рентгенограмме – прозрачность легочных полей не изменена, легочный рисунок умеренно усилен, деформирован с обеих сторон. В верхней доле правого легкого определяются полиморфные очаговые тени. Справа – плевродиафрагмальные спайки.

Вопросы:

1. сформулируйте и обоснуйте диагноз, назначьте обследование и лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-7 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-7.3)

Клиническая задача 1

Больной С. проступил в отделение профпатологии с жалобами на резь в глазах, слезотечение, першение в гортани, саднение за грудиной. Из анамнеза выяснено, что пациент доставлен с места железнодорожной аварии, где произошла утечка хлора. При осмотре обнаружен цианоз губ. При объективном обследовании выявлена лабильность пульса и артериального давления. В лёгких дыхание везикулярное, диффузно ослабленное, хрипов нет. ЧДД=24 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз на время поступления,
2. определите возможные варианты развития патологического процесса,
3. назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Д. проступил в отделение профпатологии с жалобами на резь в глазах, слезотечение, першение в гортани, саднение за грудиной выраженную одышку, кашель с большим количеством слизистой мокроты с примесью крови. Из анамнеза выяснено, что пациент доставлен с производства, где произошла утечка карбонила никеля. При осмотре обнаружен цианоз кожи и слизистых оболочек. При объективном обследовании выявлена лабильность пульса и артериального давления. В лёгких дыхание везикулярное, диффузно ослабленное, масса сухих и мелкопузырчатых хрипов. ЧДД=36 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Перкуторно коробочный звук. При рентгенологическом исследовании лёгкие эмфизематозно расширены, лёгочный рисунок размыт, корни расширены, неструктурны.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз на время поступления,
2. определите возможные варианты развития патологического процесса,
3. назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной 45 лет, заточник режущих инструментов (сухим способом) инструментального цеха машиностроительного завода. Стаж работы в контакте с минерально-металлической пылью 24 года. Концентрация пыли на рабочем месте колеблется от 1 до 7,6 мг/м.3 (ПДК 6 мг/м.3). Жалобы на постоянный кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при большей, чем обычно, физической нагрузке, периодическую головную боль. Болен после 10 лет работы в контакте с пылью. В начале был сухой не постоянный кашель, затем сопровождался небольшим количеством мокроты. Перкуторно: границы легких в пределах нормы. В базальных отделах легких – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации – сухие рассеянные хрипы. Тоны ясные. Рентгенологически – в средних долях сосуды несколько деформированы, очагов не выявлено, корни широкие, плотные. ФВД: ЖЕЛ – 2,8 л, ЖЕЛ/ДЖЕЛ – 86%; ООЛ – 30,8%. Мокрота слизистого характера, лейкоциты – 8-10 в п/зр, альвеолярный эпителий 6-8 в п/зр., Ак, ВК, эластических волокон не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

Клиническая задача 4

На ВКК промышленного предприятия были представлены лечащими врачами 3 больных для оформления временного перевода на другую работу по листку профессиональной нетрудоспособности. 1) Формовщик, у которого при периодическом медосмотре обнаружен силикоз 1 степени. Жалоб не предъявляет. Функциональные легочные пробы удовлетворительные. 2) Шлифовщик, страдающий пылевым бронхитом 1 ст. 3) Мукомол, страдающий первичной бронхиальной астмой.

Вопросы:

1. С позиции ВКК принять решение и аргументировать выдачу профбольничного листа.

Клиническая задача 5

При проведении периодического медицинского осмотра у обрубщика 38 лет со стажем работы 13 лет был установлен диагноз «Хронический пылевой бронхит 1 ст». Жалобы на сухой кашель. Результаты функциональных проб: ЖЕЛ – 85%, ОФВ 1- 80%, МОД – 5 л. Члены медицинской комиссии рекомендовали постоянный перевод рабочего в профессию, где будет исключен контакт с пылью и раздражающими газами, неблагоприятными метеофакторами. Один из членов комиссии настаивал на оставлении больного на его работе. Для этого привел следующие доводы: 1. отсутствие значительных нарушений ФВД; 2- молодой возраст больного, 3- желание остаться на работе по своей профессии.

Вопросы:

1. выскажите мнение по поводу возможного экспертного решения и аргументируйте его.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.1)

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 ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.2)

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 ОПК-11 (контролируемый индикатор достижения компетенции ОПК-11.3)

1. Каково содержание температурного листа истории болезни?
2. Каково содержание раздела «Течение и результаты специальных исследований больного»?
3. Каково содержание раздела «Результаты дополнительных исследований»?
4. Каково содержание раздела «Выписной эпикриз»?
5. Каково содержание раздела «Посмертный эпикриз»?
6. Каков расспрос по системе органов дыхания?
7. Каков расспрос по системе органов кровообращения?
8. Каков расспрос по системе органов пищеварения?
9. Каков расспрос по системе органов мочеотделения?
10. Каково содержание раздела «Анамнез болезни»?