

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«17» января 2023г., протокол № 7

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
31.05.02 Педиатрия

с направленностью (профилем)
Педиатрия

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

Тула 2023 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 бронхолита:
 - а) выздоровление
 - б) осложнение бронхопневмонией
 - в) развитие хронического бронхолита
 - г) облитерирующий бронхолит
 - 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 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 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 удлинённым 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 эпигастральной 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 - 23p/g, 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, 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.

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 рентгенологические изменения в легких не было. При обследовании: перкуторно - лёгочный звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста $ОФВ_1$ 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, $ОФВ_1$ – 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. Spiрографически: 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.

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

- б) 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
- в) 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 средне-тяжелом 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 (колика, 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.

дования в профцентр. К медицинскому направлению была приложена характеристика санитарно-гигиенических условий труда больного: “работает выбивщиком чугунного литья. В данной профессии работает 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 жесткоослабленное, 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 органов и систем отклонений не выявлено, ФВД не нарушена. Анализ 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. Сформулируйте диагноз на время поступления

2. Назначьте лечение