

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра факультетской терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.05.01 Лечебное дело

_____/Г.П.Никулина/

« ____ » _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской терапии



_____/М.Е.Евсеева/

« ____ » _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Профессиональные болезни
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (специализация)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-лечебника
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		100 заданий

3. Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ОПК-4	При предварительном медицинском осмотре обязательно проводится: а) флюорография органов грудной клетки; б) рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции; в) рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях; г) КТ легких.	а
		Выберете фактор, относящийся к	в

	<p>производственным факторам, способствующим развитию профессионального заболевания:</p> <p>а) дислипидемия; б) курение; в) вибрация; г) отягощённая наследственность.</p>	
	<p>Диагноз хронического профессионального заболевания устанавливается:</p> <p>а) городской поликлиникой; б) комиссией профпатологов; в) профпатологом; г) медицинской санитарно-экспертной комиссией (МСЭК).</p>	б
	<p>Для узелковой формы силикоза характерны рентгенологические изменения:</p> <p>а) узелковые тени размером от 1,5 до 10 мм; б) диффузное усиление и деформация легочного рисунка в верхних отделах легких; в) интенсивные гомогенные затемнения легочной ткани от 5 до 10 см в диаметре; г) затемнения легочной ткани более 1 см в диаметре.</p>	а
	<p>При асбестозе снижаются следующие показатели функции внешнего дыхания:</p> <p>а) ЖЕЛ, скоростные параметры, диффузная способность легких; б) ЖЕЛ и аэродинамическое сопротивление; в) PO₂ и PCO₂; г) PCO₂ и растяжимость легких.</p>	а
	<p>Кто определяет контингенты, подлежащие предварительным и периодическим медицинским осмотрам?</p> <p>а) Роспотребнадзор; б) работодатель; в) профсоюзная организация предприятия г) врач терапевт участковый</p>	а
	<p>Диагноз хронического профессионального заболевания устанавливается:</p> <p>а) городской поликлиникой; б) в центре профпатологии; в) диагностическим центром; г) МСЭК</p>	б
	<p>Каким документом утвержден Перечень работ при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников:</p> <p>а) приказом №76м;</p>	в

	б) приказом №83; в) приказом №29н; г) приказом №130	
	Для асбестоза наиболее характерен симптомокомплекс: а) одышка, кашель, кровохарканье; б) приступ одышки с кашлем; в) сочетание одышки, кровохарканья и болей в грудной клетке; г) одышка с кашлем и плевральный синдром	г
	Назовите ведущий метод в диагностике пневмокониозов: а) рентгенография легких; б) фибробронхоскопия; в) изучение функции внешнего дыхания; г) микроскопическое исследование мокроты.	а
	Аллергологическая диагностика бронхиальной астмы от воздействия химических аллергенов проводится всеми методами, кроме: а) начального провокационного теста; б) провокационно-ингаляционной пробы; в) специфической иммунодиагностики; г) теста торможения естественной миграции лейкоцитов	а
	Аллергологическая диагностика бронхиальной астмы от воздействия химических аллергенов проводится всеми методами, кроме: а) начального провокационного теста; б) провокационно-ингаляционной пробы; в) специфической иммунодиагностики; г) теста торможения естественной миграции лейкоцитов.	а
	Ведущим методом при дифференциальной диагностике пылевого бронхита является: а) фибробронхоскопия; б) анализ мокроты; в) рентгенография грудной клетки; г) исследование функции внешнего дыхания.	а
	Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии: а) кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более; б) кашля не более 1 месяца; в) факторов риска: курения, поллютантов; г) не проходящего кашля в течение двух лет.	а
	Пневмокониозы, возникающие от вдыхания пыли, содержащей асбест, тальк, цемент, относятся к группе а) силикатозов; б) силикозов;	а

	<p>в) карбокониозов; г) металлокониозов.</p>	
	<p>Для диагностики профессиональной бронхиальной астмы по типу атопической, информативным являются все, кроме: а) выраженной дыхательной недостаточности; б) симптома экспозиции; в) симптома элиминации; г) неотягощенного аллергологического анамнеза.</p>	а
	<p>Какой тип вентиляционных расстройств наиболее характерен для силикоза? а) обструктивный; б) рестриктивный; в) смешанный; г) обтурационный</p>	б
	<p>Наиболее информативными методами диагностики профессионального бронхита являются: а) рентгенография легких; б) анализ мокроты; в) кожные пробы; г) исследования функции внешнего дыхания;</p>	г
	<p>Какой тип фиброза наиболее характерен для асбестоза? а) узелковый; б) интерстициальный; в) смешанный; г) ни один из перечисленных.</p>	а
	<p>Рентгеноморфологическими формами, свойственными карбокониозам, являются: а) интерстициальные б) узелковые; в) узловые; г) все перечисленное.</p>	а
	<p>Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии а) кашля не более 1 месяца; б) кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более; в) факторов риска: курения, поллютантов; г) не проходящего кашля в течение двух лет</p>	б
	<p>Укажите один правильный ответ. Рентгенологически при асбестозе выявляют следующие изменения: а) диффузные, линейные, тяжистые, крупнотяжистые или плевроперикардимальные спайки; б) узелковые тени до 1,5 мм; в) узлы от 1 до 5 см; г) внутригрудная лимфаденопатия.</p>	А
	<p>Наиболее характерным видом поражения слизистой оболочки бронхов для пылевого воздействия является:</p>	А

	<p>а) атрофический; б) гипертрофический; в) катаральный; г) все перечисленные.</p>	
	<p>Назовите основное клинико-диагностическое исследование при диагностике профессионального заболевания – силикоза: а) анализ мочи; б) анализ крови; в) трахеобронхоскопия; г) рентгенологическое исследование.</p>	Г
	<p>Наиболее типичным для асбестоза рентгенологическим типом фиброза является: а) узелковый; б) интерстициальный; в) и тот, и другой; г) ни один из вышеперечисленных</p>	Б
	<p>Какие рентгенологические изменения наблюдаются в костях при вибрационной болезни? а) периоститы; б) остеопороз, кисты; в) анкилозирование; г) остеофиты, суставные "мышцы"</p>	Б
	<p>При вибрационной болезни дифференциальный диагноз необходимо проводить со всеми заболеваниями, кроме: а) с паркинсонизмом; б) с сирингомиелией; в) с полиневропатиями инфекционного генеза; г) диабетической полинейропатией.</p>	А
	<p>Развитие синдрома Рейно характерно при воздействии вибрации: а) сверхнизких частот; б) низких частот; в) высоких частот; г) сверхвысоких частот</p>	В
	<p>Эндоскопическая картина трахеобронхиальной дискинезии — это: а) пульсирующее выбухание мембранозной стенки трахеи и главных бронхов на ограниченном участке; б) выбухание мембранозной стенки трахеи и главных бронхов на выдохе более чем на 1/3; в) деформация хрящевого каркаса или главных бронхов; г) рефлекторное сужение устьев и просветов бронхов.</p>	Б
	<p>Для поражения миокарда при вибрационной болезни НЕ характерно: а) миокардиодистрофия; б) нейропатия (вегетативная блокада сердца);</p>	В

	<p>в) миокардит; г) формирование аневризм в постинфарктном периоде.</p>	
	<p>Какой синдром характерен для вибрационной болезни от местной высокочастотной вибрации? а) вестибулярный; б) ангиоспастический (синдром рейно); в) астено-ипохондрический; г) диэнцефальный.</p>	Б
2.	<p>Установите соответствие между заболеванием и наиболее информативным диагностическим признаком.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пылевой бронхит 2. Токсико-химический бронхит 3. Пневмокониоз 4. Профессиональная бронхиальная астма <p>а) Прогрессирующая узелковая диссеминация на рентгенограмме б) Стойкая деформация бронхиального рисунка на рентгенограмме в) Связь симптомов с воздействием раздражающего аэрозоля г) Симптомы экспозиции и элиминации</p>	1-Б 2-В 3-А 4-Г
3.	<p>Установите соответствие между методом исследования и заболеванием, при диагностике которого он имеет решающее значение.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спирометрия с бронхолитической пробой 2. Рентгенография органов грудной клетки 3. Бронхоскопия 4. Иммунологические методы диагностики <p>а) Пылевой бронхит б) Пневмокониоз в) Профессиональная бронхиальная астма г) Токсико-химический бронхит</p>	1-В 2-Б 3-Г 4-В
4.	<p>Установите соответствие между рентгенологическим синдромом и заболеванием.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Узелковая диссеминация 2. Усиление и деформация лёгочного рисунка 3. Симптом «яичной скорлупы» 4. Отсутствие стойких рентгенологических изменений <p>а) Профессиональная бронхиальная астма б) Токсико-химический бронхит в) Силикоз г) Пневмокониоз от высокофиброгенной пыли</p>	1-Г 2-Б 3-В 4-А

5.	<p>Установите соответствие между видом промышленного аэрозоля и вызываемым заболеванием.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Высокофиброгенная пыль с содержанием $\text{SiO}_2 > 10\%$ 2. Слабофиброгенная пыль 3. Токсико-химические аэрозоли 4. Сенсibiliзирующие аэрозоли <p>а) Токсико-химический бронхит б) Силикатозы (асбестоз, талькоз) в) Силикоз г) Профессиональная бронхиальная астма</p>	1-В 2-Б 3-А 4-Г
6.	<p>Установите соответствие между заболеванием и ведущим патогенетическим механизмом.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пневмокониоз 2. Токсико-химический бронхит 3. Профессиональная бронхиальная астма 4. Дистальный пылевой бронхит <p>а) Хроническое иммуновоспалительное поражение бронхов б) Диффузный интерстициальный фиброз лёгких в) Гиперкриния и дискриния бронхиального секрета г) Раздражающее и токсическое действие аэрозоля</p>	1-Б 2-Г 3-А 4-В
7.	<p>Установите правильную последовательность диагностики профессиональной бронхиальной астмы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Провокационная ингаляционная проба б) Сбор жалоб и анализ профессионального анамнеза в) Спирометрия с бронхолитической пробой г) Выявление симптомов экспозиции и элиминации 	БГВА
8.	<p>Расположите диагностические признаки пылевого бронхита в порядке их формирования:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Стойкие вентиляционные нарушения б) Деформация бронхиального рисунка в) Кашель и одышка при физической нагрузке г) Связь симптомов с производственным стажем 	ГВБА
9.	<p>Установите последовательность диагностических этапов при подозрении на пневмокониоз:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Оценка функции внешнего дыхания б) Анализ стажа и условий контакта с пылью 	БГВА

		в) Рентгенологическое исследование лёгких г) Выявление клинических симптомов	
10.		Расположите этапы диагностики профессиональных заболеваний от промышленных аэрозолей в правильной последовательности: а) Функциональные исследования дыхания б) Анализ профессионального маршрута в) Рентгенологическое исследование лёгких г) Оценка клинической картины	БГВА
11.		Установите последовательность развития пневмокониоза: а) Формирование диффузного фиброза лёгких б) Длительное вдыхание промышленной пыли в) Хронический интерстициальный пневмонит г) Нарушение газообмена и дыхательная недостаточность	БВАГ
12.		Для подтверждения обратимости бронхиальной обструкции при ПБА применяется функциональная проба с _____.	бронхолитиком
13.		Ведущим методом диагностики пневмокониозов является _____ исследование органов грудной клетки.	рентгенологическое
14.		Основным диагностическим критерием профессиональной бронхиальной астмы является причинно-следственная связь симптомов с воздействием производственного _____.	аллергена
15.		Для вибрационной болезни от местной высокочастотной вибрации характерно развитие _____ синдрома	ангиоспастического (с-ма Рейно)
16.		При пневмокониозах по данным исследования функции внешнего дыхания чаще выявляется _____ тип вентиляционных нарушений	Рестриктивный
17.		Задача 1. Больной З., 45 лет, в течение 16 лет работает на заводе по литейному производству - формовщиком. В последние три года стал ощущать колющие боли в области лопаток, периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка. При внешнем осмотре кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. В нижнебоковых отделах грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена. В легких прослушиваются сухие хрипы в большом количестве. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 128/80 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд. в мин. Живот при пальпации	1)Профессиональное заболевание: силикоз легких (I стадия), узелковая форма, с нарушением ФВД по смешанному (обструктивно-рестриктивному) типу. Обоснование (ключевые пункты): •стаж 16 лет в литейном производстве (контакт с пылью SiO); •кашель, одышка при нагрузке; •сухие хрипы, признаки эмфиземы;

		<p>мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снижены по обструктивному и рестриктивному типу. На рентгенограмме: усиление и деформация легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах легких, видны немногочисленные узелковые тени 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена.</p> <p>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз; 2. Напишите план дополнительного обследования 3. Проведите дифференциальную диагностику и укажите признаки, позволяющие подтвердить профессиональный характер заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> •снижение ФВД по обструктивному и рестриктивному типу; •рентгенологически: мелкие узелки 2–3 мм, деформация лёгочного рисунка, уплотнение корней. <p>2)Дополнительное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> •консультация профпатолога; •КТ (МСКТ) органов грудной клетки; •спирометрия •ЭКГ, ЭхоКГ •консультация фтизиатра •санитарно-гигиеническая характеристика условий труда. <p>3)Дифференциальная диагностика проводится с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ХОБЛ; 2.Диссеминированным туберкулёзом лёгких; 3.Саркоидозом; 4.Идиопатическим фиброзирующим альвеолитом. <p>Признаки в пользу пневмокониоза (силикоза):</p> <ul style="list-style-type: none"> •длительный профессиональный стаж (16 лет) в литейном производстве; •воздействие промышленной пыли с содержанием диоксида кремния; •постепенное развитие симптомов (кашель, одышка); •отсутствие воспалительных изменений в крови; •рентгенологически: мелкоузловая диссеминация 2–3 мм, деформация лёгочного рисунка, уплотнение корней; •сочетание рестриктивных и обструктивных нарушений ФВД; •признаки эмфиземы лёгких.
18.		<p style="text-align: center;">Задача №2</p> <p>При проведении периодического медицинского</p>	<p>1. Пылевой бронхит, I стадия (латентная),</p>

	<p>осмотра, пациента А., 40 лет беспокоит сухой кашель, изредка с мокротой (прозрачная, в скудном количестве). Кашель появился 4 года назад. За медицинской помощью не обращался. Работает обрубщиком на производстве 15 лет. Содержание пыли в воздухе рабочей зоны превышает предельно-допустимую концентрацию в 7 раз.</p> <p>Вредные привычки: курение, употребление алкоголя отрицает</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. ЧДД 17 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук над всей поверхностью легких не изменен. Дыхание жесткое, непостоянные рассеянные сухие хрипы. Общий анализ крови в пределах нормы. Общий анализ мокроты в пределах нормы. Флюорограмма: Корни структурны. Синусы свободны. Легочный рисунок не изменен. Спирометрия: ЖЕЛ составляет 90% от должной, индекс Тиффно 81%.</p> <p>Общий анализ крови в пределах нормы. Общий анализ мокроты в пределах нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте и обоснуйте план дообследования 3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 	<p>профессиональное заболевание, вне обострения.</p> <p>Обоснование диагноза</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Профессиональный анамнез 2.Клинические проявления -хронический кашель продолжительностью более 3 лет; -скудная слизистая мокрота; -отсутствие признаков инфекционного процесса. 3.Данные объективного обследования -жесткое дыхание, непостоянные рассеянные сухие хрипы; -отсутствие перкуторных изменений. 4.Лабораторные и инструментальные данные -нормальные показатели ОАК и мокроты; -отсутствие рентгенологических изменений; -показатели ФВД в пределах нормы (ЖЕЛ 90%, индекс Тиффно 81%), что соответствует I стадии пылевого бронхита. 5.Функциональные исследования -повторная спирометрия в динамике; -при необходимости — проба с бронхолитиком для исключения скрытой бронхиальной обструкции. <p>Рентгенологическое обследование рентгенография органов грудной клетки (в динамике) для раннего выявления пылевой патологии.</p> <p>Профпатологическое обследование -направление к врачу-профпатологу; -оформление санитарно-гигиенической характеристики условий труда.</p> <p>Дополнительные методы (по показаниям)</p>
--	---	---

			<p>-консультация пульмонолога; -исследование мокроты при появлении признаков воспаления. 6. Дифференциальную диагностику необходимо проводить со следующими заболеваниями: Хронический необструктивный бронхит непрофессионального генеза ХОБЛ Бронхиальная астма Начальные формы пневмокониоза Острый инфекционный бронхит</p>
19.		<p style="text-align: center;">Задача №3</p> <p>Больная В, 28 лет, в течение 7 лет работает медицинской сестрой в процедурном кабинете клиники. 2 года назад стала замечать кашель, затруднения дыхания во время работы. Затем стали возникать приступы удушья, проходившие после ингаляции сальбутамола. За последний месяц приступы стали беспокоить ежедневно.</p> <p>Больная отмечает, что в выходные дни, в домашних условиях и в период летних отпусков приступы удушья не возникают.</p> <p>В анамнезе редкие острые респираторные заболевания. Наличие аллергических заболеваний у себя и близких родственников отрицает. Спирометрия: ОФВ 1= 75% от д. в.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Является ли заболевание профессиональным? Почему? 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. <p>Составьте план дообследования для подтверждения профессиональной этиологии заболевания</p>	<p>1. Да, заболевание может быть расценено как профессиональное. Обоснование</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительный стаж работы (7 лет) в условиях воздействия профессиональных аэрозолей и химических веществ в процедурном кабинете; • появление и нарастание респираторных симптомов исключительно во время работы; • полное исчезновение приступов удушья в выходные дни, в домашних условиях и в период отпусков; • купирование приступов ингаляцией короткодействующего β₂-агониста; • отсутствие отягощённого аллергологического анамнеза. <p>2. Бронхиальная астма, профессиональная, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая. Обоснование диагноза</p> <p>1. Клинические критерии бронхиальной астмы</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ приступы экспираторной одышки и удушья; ○ вариабельность симптомов;

			<ul style="list-style-type: none"> ○ положительный эффект от салбутамола. 2.Функциональные данные ● снижение ОФВ₁ до 75% от должных значений, соответствующее лёгкой степени тяжести. 3.Характер течения ○ ежедневные симптомы в течение последнего месяца → персистирующее течение. 4.Профессиональная этиология <ul style="list-style-type: none"> ○ симптомы возникают только при воздействии профессиональных триггеров; ○ отсутствие симптомов вне работы; ○ отсутствие атопического фона. 5.Функциональные методы <ul style="list-style-type: none"> ○ спирометрия с бронходилатационной пробой; ○ серийные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) на работе и вне работы. 6.Аллергологическое обследование <ul style="list-style-type: none"> ○ кожные пробы или специфические IgE (по показаниям) с предполагаемыми профессиональными аллергенами. 7.Профпатологическое обследование <ul style="list-style-type: none"> ○ консультация врача-профпатолога; ○ санитарно-гигиеническая характеристика условий труда. 8.Документальное подтверждение <ul style="list-style-type: none"> ○ выписки из медицинской документации; ○ данные периодических медицинских осмотров; ○ акт о случае подозрения на профессиональное
--	--	--	--

			заболевание 8.Дополнительные исследования (по показаниям) • суточный мониторинг симптомов; консультация пульмонолога
20.		<p style="text-align: center;">Задача № 4.</p> <p>Больную А., 42 лет, беспокоит чувство онемения и побеление II-IV пальцев обеих кистей, умеренные боли в руках, раздражительность, слезливость, нарушение сна.</p> <p>В течение 8 лет работала сборщицей-клепальщицей с пневмомолотком весом 8 кг. Через 3 года после начала работы впервые появились вышеописанные жалобы. В течение последнего года отмечает значительное ухудшение состояния.</p> <p>Объективно: резко выражен тремор пальцев рук. Болезненные уплотнения в подлопаточной мышце, больше справа. Сила в руках справа 12 кг, слева – 10 кг. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены. Стойкий красный дермографизм. При аускультации сердца приглушенность тонов, ритм правильный. Асимметрия АД на руках (110/70 мм рт.ст., 140/85 мм рт. ст.). Со стороны дыхательной и пищеварительной систем без особенностей.</p> <p>На рентгенограммах кистей, предплечий, шейного отдела позвоночника изменений нет. Снижение болевой чувствительности по типу высоких перчаток. Повышение порога вибрационной чувствительности.</p> <p>Капилляроскопия: фон бледно-розовый, большинство капилляров спастически изменены, кровоток визуализируется.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите основные клинические синдромы, имеющиеся у больной 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза. 	<p>1. У больной выявляются следующие основные клинические синдромы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ангиоспастический (сосудистый) синдром 2. Нейросенсорный синдром (периферическая полинейропатия) 3. Вегетативно-невротический синдром 4. Мышечно-тонический (миофасциальный) синдром 5. Экстрапиримидный (треморный) синдром <p>2. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, II стадия, нейрососудистая форма, прогрессирующее течение.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Профессиональный анамнез <ul style="list-style-type: none"> ○ длительная работа (8 лет) с ручным виброинструментом (пневмомолоток); ○ первые симптомы через 3 года после начала контакта с вибрацией, что характерно для вибрационной болезни. 2. Клинические проявления <ul style="list-style-type: none"> ○ сочетание ангиоспастических, нейросенсорных и вегетативных нарушений; ○ прогрессирование симптомов в течение последнего года. 3. Объективные данные: <ul style="list-style-type: none"> ○ тремор пальцев, снижение мышечной силы; ○ оживление сухожильных рефлексов; ○ асимметрия АД; ○ отсутствие костно-суставных изменений на рентгенограммах.

			<p>4. Функциональные и инструментальные данные</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ повышение порога вибрационной чувствительности; ○ снижение болевой чувствительности по полиневритическому типу; ○ капилляроскопия: спазм капилляров с нарушением микроциркуляции. <p>3. Для подтверждения диагноза вибрационной болезни и оценки степени поражения необходимо провести:</p> <p>1. Функциональные исследования чувствительности</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ количественную оценку вибрационной чувствительности; ○ исследование болевой и температурной чувствительности в динамике. <p>2. Сосудистые исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ реовазографию верхних конечностей; ○ холодовую пробу; ○ повторную капилляроскопию. <p>3. Неврологические исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ электронейромиографию (ЭНМГ) для оценки состояния периферических нервов. <p>4. Профпатологическое обследование</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ санитарно-гигиеническую характеристику условий труда; ○ консультацию врача-профпатолога. <p>5. Общие клинические исследования (по показаниям)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ контроль артериального давления; ○ оценку вегетативной реактивности
21.		<p>Задача №5</p> <p>Больной Х., 49 лет, на протяжении 12 лет работает на производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными</p>	<p>1. Силикоз, I стадия, очаговая (узелковая) форма, неосложнённое течение.</p>

	<p>производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодическую 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. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз; 2. Назначьте план дополнительного обследования. 3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.</p>	<p>Обоснование диагноза</p> <p>1. Профессиональный анамнез</p> <ul style="list-style-type: none"> o длительная работа (12 лет) на производстве кремниевых сплавов; o воздействие пыли, содержащей свободный диоксид кремния — основной этиологический фактор силикоза; o отсутствие других вредных производственных контактов. <p>2. Клиническая картина</p> <ul style="list-style-type: none"> o малосимптомное течение, характерное для ранних стадий силикоза; o сухой кашель, умеренная утомляемость, периодические боли в грудной клетке; o отсутствие выраженной дыхательной недостаточности. <p>3. Данные физикального и функционального обследования</p> <ul style="list-style-type: none"> o отсутствие перкуторных и аускультативных изменений; o нормальные показатели функции внешнего дыхания; o отсутствие лабораторных признаков воспаления. <p>4. Рентгенологические данные</p> <ul style="list-style-type: none"> o умеренное усиление и деформация лёгочного рисунка; o полиморфные очаговые тени в верхней доле правого лёгкого; o наличие плевродиафрагмальных спаек, характерных для пылевого поражения. <p>2. План дообследования:</p> <p>1. Лучевые методы исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> o рентгенография органов грудной клетки в динамике;
--	--	--

			<p>о компьютерная томография органов грудной клетки (высокого разрешения) для уточнения характера и распространённости очаговых изменений.</p> <p>2. Функциональные исследования</p> <p>о повторное исследование функции внешнего дыхания (спирометрия) в динамике;</p> <p>о при необходимости — диффузионная способность лёгких.</p> <p>3. Лабораторные исследования</p> <p>о контроль общего анализа крови;</p> <p>о исследование мокроты (по показаниям).</p> <p>4. Консультативные исследования</p> <p>о консультация врача-профпатолога;</p> <p>о консультация пульмонолога.</p> <p>5. Документальное подтверждение профессионального генеза</p> <p>о санитарно-гигиеническая характеристика условий труда;</p> <p>о анализ данных периодических медицинских осмотров.</p> <p>3. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими заболеваниями:</p> <p>1. Очаговый туберкулёз лёгких</p> <p>о сходная локализация очагов (верхние доли), необходимость исключения инфекционного процесса.</p> <p>2. Саркоидоз лёгких (I–II стадия)</p> <p>о двустороннее поражение лёгких с очаговыми и интерстициальными изменениями.</p> <p>3. Метастатическое поражение лёгких</p>
--	--	--	---

			<p>о при наличии полиморфных очаговых теней.</p> <p>4. Пневмокониозы другой этиологии</p> <p>о при необходимости уточнения состава пыли.</p> <p>5. Хронические воспалительные заболевания лёгких</p> <p>о при длительном кашле и рентгенологических изменениях.</p>
22.	ОПК-7	<p>Трудовой больничный лист при профессиональном заболевании выдает:</p> <p>а) цеховой врач;</p> <p>б) клинико-экспертная комиссия (КЭК);</p> <p>в) главный врач МЧС;</p> <p>г) администрация предприятия</p>	б
23.		<p>К какой группе препаратов относится омализумаб?</p> <p>а) кромоны</p> <p>б) антитела к IgE</p> <p>в) антихолинергические препараты</p> <p>г) теофиллины замедленного высвобождения</p>	б
24.		<p>Все лица с выявленными профессиональными заболеваниями должны находиться на диспансерном наблюдении у:</p> <p>а) лечащего врача;</p> <p>б) врача-специалиста по профилю заболевания;</p> <p>в) врача-профпатолога;</p> <p>г) семейного врача.</p>	в
25.		<p>Больной с впервые выявленным силикотуберкулезным процессом нуждается в проведении специфического лечения сроком:</p> <p>а) до 1-2 месяцев;</p> <p>б) до 3-4 месяцев;</p> <p>в) до 5-6 месяцев;</p> <p>г) до 1 года.</p>	г
26.		<p>Кто должен расследовать случаи хронических профессиональных заболеваний?</p> <p>а) администрация предприятия; б) главный врач ЛПУ;</p> <p>в) врач Роспотребнадзора; г) инспектор по технике безопасности.</p>	в
27.		<p>Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах возложено:</p> <p>а) на КЭК (клинико-экспертные комиссии);</p> <p>б) на центры профпатологии;</p> <p>в) на МСЭК (медико-социальные экспертные комиссии Минсоцзащиты РФ);</p> <p>г) на МЗ РФ.</p>	б
28.		<p>В какие сроки должен расследовать случаи</p>	в

	<p>хронических профессиональных заболеваний?</p> <p>а) 1 сут; б) 1 мес; в) 1 нед; г) 3 сут.</p>	
29.	<p>Основным лечебным мероприятием при профессиональной бронхиальной астме является:</p> <p>а) назначение муколитиков б) проведение антибактериальной терапии в) прекращение контакта с профессиональным аллергеном г) назначение системных глюкокортикостероидов</p>	в
30.	<p>Какой препарат является базисным для длительной терапии профессиональной бронхиальной астмы?</p> <p>а) Короткодействующие β_2-агонисты б) Теофиллин в) Антигистаминные препараты г) Ингаляционные глюкокортикостероиды</p>	г
31.	<p>При терапии синдрома бронхиальной обструкции основными группами бронхолитических препаратов являются все, кроме:</p> <p>а) антихолинергические средства; б) β_2-адреноблокаторы; в) комбинированные бронходилататоры; г) метилксантины.</p>	б
32.	<p>При терапии синдрома бронхиальной обструкции основными группами бронхолитических препаратов являются все, кроме:</p> <p>а) антихолинергические средства, б) метилксантины; в) β_2-адреноблокаторы, г) комбинированные бронходилататоры</p>	в
33.	<p>При дистальном пылевом бронхите ведущим механизмом бронхиальной обструкции является:</p> <p>а) гиперкриния и дискриния; б) отек слизистой бронхов; в) бронхоспазм; г) изменение эластических свойств сурфактанта в мелких бронхиолах</p>	г
34.	<p>Основное направление лечения профессионального пылевого бронхита:</p> <p>а) Этиотропная антибиотикотерапия б) Устранение воздействия промышленной пыли и симптоматическая терапия в) Применение цитостатиков г) Назначение системных гормонов всем пациентам</p>	б
35.	<p>При профессиональном обструктивном</p>	в

	<p>бронхите и бронхиальной астме предпочтительным способом доставки бронхолитиков является:</p> <p>а) спейсер б) обычный ингалятор в) небулайзер г) пероральный прием препаратов</p>	
36.	<p>Противосиликотической активностью обладают:</p> <p>а) активные метаболиты цикла Кребса (глутаминовая кислота и ее соли); б) метилксантины; в) муколитики; г) бетаимиметики.</p>	а
37.	<p>Для контроля профессиональной бронхиальной астмы, среднетяжелое течение оптимально использование:</p> <p>а) В2-агонистов короткого действия + хромогликат натрия б) В2-агонистов короткого действия + ипратропиума бромида в) бронходилататоров пролонгированного действия + ингаляционных кортикостероидов г) ингаляционных кортикостероидов + пролонгированных бронходилататоров + пероральных стероидов</p>	в
38.	<p>Основная цель лечения пневмокониозов:</p> <p>а) Полное восстановление структуры лёгких б) Устранение узелковых изменений в) Замедление прогрессирования и профилактика осложнений г) Подавление иммунного ответа</p>	в
39.	<p>Методы специфического лечения при пневмокониозах в настоящее время:</p> <p>а) применяются; б) не применяются; в) зависят от тяжести клинической картины; г) зависят от стадии заболевания.</p>	б
40.	<p>Назовите основные меры профилактики пневмокониозов:</p> <p>а) санитарно-гигиенические мероприятия; б) санитарно-технические мероприятия; в) медицинские мероприятия; г) все выше перечисленное.</p>	г
41.	<p>Причиной тяжести дыхательной недостаточности у больных силикатозами чаще всего является:</p> <p>а) выраженность фиброза; б) наличие осложнений; в) и то, и другое; г) ни то, ни другое.</p>	б
42.	<p>Обрубщик, у которого диагностирован силикоз I стадии, в своей профессии:</p>	б

	<p>а) работать может; б) работать не может; в) вопрос о трудоспособности решается индивидуально г) продолжает работать с применением ИСЗ</p>	
43.	<p>Правильная формулировка экспертного заключения для электросварщика, у которого диагностирован пневмокониоз I стадии, должна быть:</p> <p>а) трудоспособен в своей профессии при динамическом врачебном наблюдении; б) трудоспособен в своей профессии вне замкнутых пространств; в) нуждается в переквалификации; г) нетрудоспособен.</p>	б
44.	<p>К методам профилактического лечения лиц с большим пылевым стажем относятся все перечисленные, за исключением:</p> <p>а) щелочных тепло-влажных ингаляций; б) УФ-облучения; в) дыхательной гимнастики; г) курсов противовоспалительной терапии</p>	г
45.	<p>Проходчик, у которого диагностирован сидеросиликоз II стадии, продолжать работу в шахте:</p> <p>а) может; б) не может; в) вопрос о трудоспособности решается индивидуально; г) может продолжать работу в шахте при динамическом наблюдении и лечении.</p>	б
46.	<p>Вопрос о трудоспособности шахтера, страдающего антракосиликозом II стадии и очаговым туберкулезом легких в фазе неполного уплотнения, должен быть сформулирован следующим образом:</p> <p>а) может продолжать работу в подземных условиях с меньшей запыленностью (на свежей струе) при динамическом врачебном наблюдении; б) нуждается в переквалификации и выводе на поверхность; в) может продолжать работу в шахте при динамическом наблюдении и лечении; г) нетрудоспособен</p>	б
47.	<p>Какое утверждение верно в отношении системных глюкокортикостероидов при профессиональной астме?</p> <p>а) Назначаются всем пациентам постоянно; б) Используются только профилактически; в) Применяются при тяжёлом течении и обострениях; г) Не применяются в терапии.</p>	в
48.	<p>В каком случае показано санаторно-курортное</p>	в

	<p>лечение при профессиональных заболеваниях лёгких?</p> <p>а) В острой фазе заболевания; б) При выраженной дыхательной недостаточности III степени; в) В фазе ремиссии; г) При подозрении на туберкулёз.</p>	
49.	<p>Основное показание для назначения антибиотиков при профессиональном пылевом бронхите:</p> <p>а) Наличие кашля; б) Снижение функции внешнего дыхания; в) Присоединение бактериальной инфекции; г) Длительный профессиональный стаж.</p>	в
50.	<p>Какой немедикаментозный метод лечения обязателен при хронических профессиональных заболеваниях лёгких?</p> <p>а) Иглорефлексотерапия; б) Дыхательная гимнастика и ЛФК; в) Массаж внутренних органов; г) Диетотерапия.</p>	б
51.	<p>Какой фактор определяет прогноз при профессиональной бронхиальной астме?</p> <p>а) Возраст пациента; б) Пол пациента; в) Своевременность прекращения контакта с аллергеном; г) Уровень артериального давления.</p>	в
52.	<p>Установите соответствие между профессиональным заболеванием и основной целью лечения:</p> <p>1) Профессиональная бронхиальная астма 2) Профессиональный пылевой бронхит 3) Пневмокониоз 4) Профессиональная ХОБЛ</p> <p>а) Достижение контроля над симптомами б) Восстановление дренажной функции бронхов в) Замедление прогрессирования фиброза г) Снижение частоты обострений</p>	1–а, 2–б, 3–в, 4–г
53.	<p>Установите соответствие между видом базисной терапии и заболеванием:</p> <p>1) Ингаляционные глюкокортикостероиды 2) Муколитики 3) Поддерживающая симптоматическая терапия 4) Бронхолитики длительного действия</p> <p>а) Профессиональная бронхиальная астма б) Профессиональный пылевой бронхит в) Профессиональная ХОБЛ г) Пневмокониоз</p>	1-а, 2-б, 3-г, 4-в

54.	<p>Установите соответствие между лечебной тактикой и клинической ситуацией:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Короткодействующие β2-агонисты 2) Муколитическая терапия 3) Санаторно-курортное лечение 4) Антибактериальная терапия <p>а) Ремиссия пневмокониоза б) Обострение пылевого бронхита в) Приступ профессиональной астмы г) Присоединение бактериальной инфекции</p>	1-в, 2-б, 3-а, 4-г
55.	<p>Установите соответствие между этапом лечения и лечебным мероприятием:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Исключение вредного производственного фактора 2) Бронхолитическая терапия 3) Муколитическая терапия 4) Лечебная физкультура <p>а) Симптоматический этап б) Патогенетический этап в) Этиотропный этап г) Реабилитационный этап</p>	1-в, 2-б, 3-а, 4-г
56.	<p>Установите соответствие между лекарственной группой и её назначением при профессиональных заболеваниях лёгких:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ингаляционные глюкокортикостероиды 2) Короткодействующие β2-агонисты 3) Муколитические препараты 4) Антибактериальные препараты <p>а) Купирование бронхоспазма б) Базисная противовоспалительная терапия в) Улучшение отхождения мокроты г) Лечение бактериальных осложнений</p>	1-б, 2-а, 3-в, 4-г
57.	<p>Расположите этапы лечения профессиональной астмы в правильной последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Назначение ингаляционных ГКС б) Исключение контакта с аллергеном в) Купирование бронхоспазма <p>Реабилитационные мероприятия</p>	БВАГ
58.	<p>Установите правильный порядок лечебных мероприятий при пневмокониозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Санаторно-курортное лечение б) Прекращение пылевого воздействия в) Симптоматическая терапия 	БВГА

	Диспансерное наблюдение	
59.	<p>Установите правильную последовательность лечебных мероприятий при выявлении профессионального пылевого бронхита:</p> <p>а) Реабилитационные мероприятия (ЛФК, дыхательная гимнастика)</p> <p>б) Исключение воздействия промышленного аэрозоля</p> <p>в) Медикаментозная симптоматическая терапия</p> <p>Диспансерное наблюдение</p>	БВАГ
60.	<p>Определите правильный порядок ведения пациента с профессиональной бронхиальной астмой, вызванной промышленными аэрозолями:</p> <p>а) Купирование бронхоспазма короткодействующими β_2-агонистами</p> <p>б) Назначение базисной противовоспалительной терапии</p> <p>в) Прекращение контакта с профессиональным аллергеном</p> <p>Оценка эффективности лечения и реабилитация</p>	БАБГ
61.	<p>Установите правильную последовательность лечебно-профилактических мероприятий при вибрационной болезни:</p> <p>а) Медикаментозная терапия (вазодилататоры, ангиопротекторы, нейрометаболические средства)</p> <p>б) Исключение воздействия производственной вибрации</p> <p>в) Физиотерапевтическое лечение (тепловые процедуры, массаж, электрофорез)</p> <p>г) Диспансерное наблюдение и медико-социальная экспертиза</p>	БАВГ
62.	Основным лечебным мероприятием при профессиональной бронхиальной астме является _____ контакта с аллергеном.	прекращение
63.	Лечение профессиональных заболеваний обязательно включает рациональное _____ пациента.	трудоустройство
64.	При профессиональном пылевом бронхите ведущую роль играет _____ терапия.	бронхолитическая
65.	Основной целью лечения пневмокониозов является замедление _____ заболевания.	прогрессирования
66.	Базисной терапией профессиональной астмы являются ингаляционные _____.	глюкокортикостероиды
67.	<p>Задача №1</p> <p>При проведении периодического медицинского осмотра, пациента А., 40 лет беспокоит сухой кашель, изредка с мокротой (прозрачная, в скудном количестве). Кашель появился 4 года назад. За медицинской помощью не обращался. Работает обрубщиком на производстве 15 лет.</p>	<p>1. Пылевой бронхит, I стадия (профессиональное заболевание), вне обострения.</p> <p>Обоснование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительный стаж

	<p>Содержание пыли в воздухе рабочей зоны превышает предельно-допустимую концентрацию в 7 раз.</p> <p>Вредные привычки: курение, употребление алкоголя отрицает</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. ЧДД 17 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук над всей поверхностью легких не изменен. Дыхание жесткое, непостоянные рассеянные сухие хрипы. Общий анализ крови в пределах нормы. Общий анализ мокроты в пределах нормы. Флюорограмма: Корни структурны. Синусы свободны. Легочный рисунок не изменен. Спирометрия: ЖЕЛ составляет 90% от должной, индекс Тиффно 81%.</p> <p>Общий анализ крови в пределах нормы.</p> <p>Общий анализ мокроты в пределах нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Назначьте и обоснуйте лечение 3. Проведите экспертизу трудоспособности 	<p>работы в условиях высокой запылённости (превышение ПДК в 7 раз, 15 лет);</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронический сухой кашель более 3 лет; • отсутствие рентгенологических изменений; • отсутствие выраженных вентиляционных нарушений (ЖЕЛ 90%, индекс Тиффно 81%); • исключены инфекционные и аллергические причины. <p>2. Лечение пылевого бронхита I стадии включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прекращение или максимальное снижение контакта с промышленной пылью — основной и обязательный лечебный фактор. 2. Муколитическая терапия (амброксол, ацетилцистеин) для улучшения дренажной функции бронхов. 3. Ингаляционная терапия (щелочные ингаляции, физиологический раствор) с целью увлажнения слизистой оболочки бронхов. 4. Общеукрепляющие мероприятия (витаминотерапия, дыхательная гимнастика). <p>3. Пациент трудоспособен, однако продолжение работы в условиях повышенной запылённости противопоказано.</p>
--	--	---

			<p>Рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рациональное трудоустройство с исключением контакта с промышленной пылью; • направление в профпатологический центр для решения вопроса о признании заболевания профессиональным; • динамическое диспансерное наблюдение. <p>Оснований для установления инвалидности на данном этапе нет.</p>
68.		<p style="text-align: center;">Задача №2</p> <p>Больная В, 28 лет, в течение 7 лет работает медицинской сестрой в процедурном кабинете клиники. 2 года назад стала замечать кашель, затруднения дыхания во время работы. Затем стали возникать приступы удушья, проходившие после ингаляции сальбутамола. За последний месяц приступы стали беспокоить ежедневно.</p> <p>Больная отмечает, что в выходные дни, в домашних условиях и в период летних отпусков приступы удушья не возникают.</p> <p>В анамнезе редкие острые респираторные заболевания. Наличие аллергических заболеваний у себя и близких родственников отрицает.</p> <p>Спирометрия: ОФВ₁ = 75% от д. в.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Назначьте лечение. 3. Проведите экспертизу трудоспособности. 	<p>1. Профессиональная бронхиальная астма, персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая.</p> <p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительный профессиональный контакт с потенциальными индукторами ПБА (медикаменты, дезинфицирующие средства, латекс); • появление симптомов исключительно в период работы; • чётко выраженные синдромы экспозиции и элиминации (отсутствие приступов в выходные и отпуске); • наличие приступов экспираторного удушья, купируемых КДБА; • снижение ОФВ₁ до 75% от должного; • отсутствие атопического и наследственного аллергологического анамнеза (не

			<p>исключает профессиональный генез).</p> <p>2. Лечение профессиональной бронхиальной астмы включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полную элиминацию профессионального причинного фактора (обязательное условие эффективности лечения). 2. Базисную противовоспалительную терапию — ингаляционные глюкокортикостероиды в средних дозах. 3. Комбинированную терапию (ИГКС + длительно действующий β_2-агонист) при неконтролируемом течении. 4. Короткодействующие β_2-агонисты для купирования приступов по потребности. <p>3. Пациентке противопоказана работа в условиях контакта с причинно-значимыми профессиональными агентами.</p> <p>Рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> •временная нетрудоспособность на период обследования и подбора терапии; •рациональное трудоустройство вне контакта с аллергенами и раздражающими веществами; •при стойком нарушении функций дыхания — направление на МСЭ для решения вопроса
--	--	--	--

			об установлении группы инвалидности.
69.		<p style="text-align: center;">Задача № 3.</p> <p>Больную А., 42 лет, беспокоит чувство онемения и побеление II-IV пальцев обеих кистей, умеренные боли в руках, раздражительность, слезливость, нарушение сна.</p> <p>В течение 8 лет работала сборщицей-клепальщицей с пневмомолотком весом 8 кг. Через 3 года после начала работы впервые появились вышеописанные жалобы. В течение последнего года отмечает значительное ухудшение состояния.</p> <p>Объективно: резко выражен тремор пальцев рук. Болезненные уплотнения в подлопаточной мышце, больше справа. Сила в руках справа 12 кг, слева – 10 кг. Сухожильные и периостальные рефлексy оживлены. Стойкий красный дермографизм. При аускультации сердца приглушенность тонов, ритм правильный. Асимметрия АД на руках (110/70 мм рт.ст., 140/85 мм рт. ст.). Со стороны дыхательной и пищеварительной систем без особенностей.</p> <p>На рентгенограммах кистей, предплечий, шейного отдела позвоночника изменений нет. Снижение болевой чувствительности по типу высоких перчаток. Повышение порога вибрационной чувствительности.</p> <p>Капилляроскопия: фон бледно-розовый, большинство капилляров спастически изменены, кровотоки визуализируются.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Назначьте лечение (препараты, дозы) 3. Проведите экспертизу нетрудоспособности 	<p>1. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, II стадия, нейрососудистая форма</p> <p>Обоснование: длительный контакт с виброинструментом, ангиоспастические нарушения (побеление пальцев), нейросенсорные расстройства («высокие перчатки»), повышение порога вибрационной чувствительности, спазм капилляров по данным капилляроскопии.</p> <p>2. Лечение должно включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Исключение воздействия вибрации - Сосудистая терапия Пентоксифиллин 100–200 мг внутривенно капельно, курс 10–14 дней, затем внутрь по 100 мг 3 раза в сутки; Никотиновая кислота 1 мл 1% раствора внутримышечно №10. - Нейротропная терапия Тиоктовая (α-липоевая) кислота 600 мг/сут внутривенно капельно №10; Витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин) курсом. - Симптоматическая терапия Седативные препараты (настой валерианы, пустырник); Анальгетики при болевом синдроме. - Физиотерапия тепловые процедуры, массаж верхних

			<p>конечностей, лечебная физкультура.</p> <p>3. Пациентка временно нетрудоспособна в период обследования и лечения.</p> <p>В дальнейшем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • работа с источниками локальной вибрации противопоказана; • требуется рациональное трудоустройство без воздействия вибрации, холода и физического перенапряжения рук; • заболевание подлежит признанию профессиональным в установленном порядке; <p>При стойком нарушении функций верхних конечностей — направление на МСЭ для решения вопроса об установлении группы инвалидности.</p>
70.		<p style="text-align: center;">Задача №4</p> <p>Больной З., 45 лет, в течение 16 лет работает на заводе по литейному производству - формовщиком. В последние три года стал ощущать колющие боли в области лопаток, периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка.</p> <p>При внешнем осмотре кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. В нижнебоковых отделах грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена. В легких прослушиваются сухие хрипы в большом количестве. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 128/80 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд.в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.</p> <p>Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снижены по обструктивному и рестриктивному типу.</p> <p>На рентгенограмме: усиление и деформация легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах легких, видны</p>	<p>1.Силикоз легких, I стадия, узелковая форма. Обоснование: длительный стаж работы в литейном производстве; постепенное нарастание кашля и одышки; рентгенологически — узелковые тени 2–3 мм, усиление и деформация лёгочного рисунка, уплотнение корней лёгких; сочетанные обструктивные и рестриктивные нарушения ФВД.</p> <p>2. Лечение пневмокониоза является патогенетическим и симптоматическим, направлено на замедление прогрессирования</p>

		<p>немногочисленные узелковые тени 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз; 2. Назначьте лечение 3. Оцените медико-социальный прогноз. 	<p>заболевания и включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прекращение или значительное ограничение контакта с промышленной пылью 2. Бронхолитическая терапия: ингаляционные β_2-агонисты и/или антихолинергические препараты при наличии бронхиальной обструкции. 3. Муколитическая терапия: препараты амброксола, ацетилцистеина для улучшения дренажной функции бронхов. 4. Противовоспалительная и метаболическая терапия: антиоксиданты, витамины; при необходимости — препараты, улучшающие микроциркуляцию. 5. Немедикаментозное лечение: дыхательная гимнастика; лечебная физкультура; физиотерапия. 6. Реабилитация: санаторно-курортное лечение (пульмонологический профиль). 3. При сохранении контакта с пылевым фактором прогноз неблагоприятный, с риском прогрессирования фиброза и дыхательной недостаточности; при своевременном выводе из условий запылённости возможно замедление прогрессирования заболевания; пациент нуждается в диспансерном
--	--	---	---

			<p>наблюдении у профпатолога и пульмонолога; показано рациональное трудоустройство вне контакта с пылью и раздражающими факторами; при развитии стойкой дыхательной недостаточности — направление на медико-социальную экспертизу для решения вопроса об установлении группы инвалидности.</p>
71.		<p style="text-align: center;">Задача №5</p> <p>Больной Х., 49 лет, на протяжении 12 лет работает на производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодическую 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз; 2. Назначьте лечение 3. Оцените медико-социальный прогноз. 	<p>1. Диагноз: Хронический силикоз лёгких лёгкой степени, микронодулярной (узелковой) формы, преимущественно верхней доли правого лёгкого, с плевродиафрагмальными спайками справа, профессионально обусловленный длительным воздействием кремнезёмной пыли при работе на производстве кремниевых сплавов.</p> <p>Обоснование: •Профессиональный анамнез: работа 12 лет на производстве кремниевых сплавов; контакт с кремнезёмной пылью; других вредных факторов нет.</p> <p>Клиническая картина: сухой кашель, периодическая боль в грудной клетке, повышенная утомляемость; функция внешнего дыхания сохранена.</p> <p>•Объективное обследование: перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное.</p>

			<ul style="list-style-type: none">•Рентгенологические данные: полиморфные очаговые тени в верхней доле правого лёгкого, умеренно усиленный и деформированный лёгочный рисунок, небольшие плевродиафрагмальные спайки.•Лабораторные данные: анализы крови и мочи в норме. <p>2. Лечение</p> <ul style="list-style-type: none">•Профессиональная профилактика: устранение контакта с кварцевой пылью; перевод на безопасное рабочее место; индивидуальные средства защиты при необходимости.•Симптоматическая терапия:<ul style="list-style-type: none">oМуколитики и отхаркивающие препараты при кашле.oФизиотерапия дыхательных путей.oЛёгкие бронхолитики при необходимости.•ЛФК и дыхательная гимнастика для поддержания вентиляции лёгких.•Диспансерное наблюдение: ежегодная рентгенография или КТ, контроль функции внешнего дыхания, наблюдение за прогрессированием симптомов. <p>3. Медико-социальный прогноз</p> <ul style="list-style-type: none">•Краткосрочный: благоприятный при исключении дальнейшего воздействия пыли; симптомы умеренные.•Долгосрочный:
--	--	--	---

			<p>медленная прогрессия возможна при повторном или длительном контакте с пылью.</p> <ul style="list-style-type: none">•Профессиональная пригодность: ограничение к работе с кварцевой пылью; перевод на безопасное рабочее место.• Прогноз инвалидизации: низкий риск при соблюдении профилактических мер.
--	--	--	---

Разработан:
доцент кафедры факультетской терапии

О.В.Сергеева