

УТВЕРЖДАЮ

Декан медицинского факультета

Зарифьян А.Г.



2014 г.

## ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ

### Профессиональные болезни

#### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Учебный план 31050250\_14\_6ПД.plx  
Специальность 31.05.02 - РФ, 560002 - КР Педиатрия

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **1,5 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 54

Виды контроля в семестрах:

в том числе:

зачеты 8

аудиторные занятия 36

самостоятельная работа 17,7

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	8 (4.2)			
	Итого			
Неделя	17			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	9	9	9	9
Практические	27	27	27	27
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	36	36	36	36
Контактная	36,3	36,3	36,3	36,3
Сам. работа	17,7	17,7	17,7	17,7
Итого	54	54	54	54

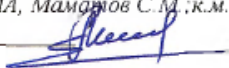
Программу составил(и):

к.м.н., доцент Умарова С.И., к.м.н. Токтогулова Н.А.

Рецензент(ы):

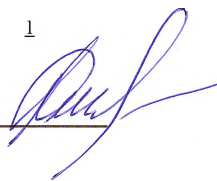
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии,

профпатологии с курсом гематологии КГМА, Маматов С.М.; к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии №2 КРСУ, Джайлобаева К.А.



1

Протокол № 5 от « 20 » марта 2014 г.



Зав. каф. Калужный С.И.

ФИО

подпись

Программа одобрена на заседании Учебно-методической комиссии (совета) факультета

« 29 » 08 20 14 года, протокол № 2

от

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС  
11.09. 2015 г.

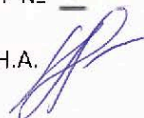


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для

**Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 25.08. 2015 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.



Председатель УМС  
18.11. 2016 г.

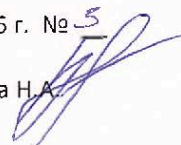


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для

**Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 15.10. 2016 г. № 5

Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.



Председатель УМС  
14.10. 2017 г.

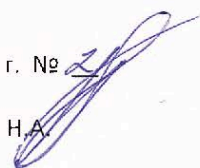


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для

**Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 16.09. 2017 г. № 2

Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

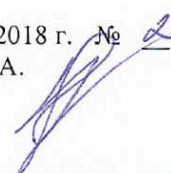


Председатель УМС  
12.10. 2018 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для  
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры  
**Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 29.08. 2018 г. № 2  
Зав. кафедрой Токтогулова Н.А.



**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

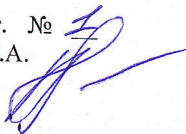
Председатель УМС

18.09. 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 30.08 2019 г. № 4  
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.



Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

\_\_\_\_\_ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

### 1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целями освоения дисциплины профессиональные болезни являются изучение студентами основных нозологических форм профессиональных болезней, обучение студентов методам клинической диагностики, врачебной тактики, оказанию неотложной помощи больным с профессиональными заболеваниями, необходимым в условиях работы в учреждениях практического здравоохранения, формирование у студентов важных профессиональных навыков - методов распознавания профессиональных болезней, умения обосновать рекомендации по экспертизе трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации, а также по организации и проведении диспансеризации рабочих промышленных предприятий и сельскохозяйственных производств, умения использовать в практических целях все знания, приобретенные в процессе обучения.
-----	---

### 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б.44
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
2.1.2	Урология
2.1.3	Факультетская терапия
2.1.4	Гигиена
2.1.5	Основы неотложной помощи
2.1.6	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.7	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.8	Фармакология
2.1.9	Безопасность жизнедеятельности
2.1.10	Биохимия
2.1.11	Нормальная физиология
2.1.12	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.13	Иммунология
2.1.14	Анатомия
2.1.15	Биология
2.1.16	Эпидемиология
2.1.17	Микробиология, вирусология
2.1.18	Психология и педагогика
2.1.19	Неврология, медицинская генетика
2.1.20	Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
2.2.2	Факультетская терапия
2.2.3	Факультетская хирургия
2.2.4	Госпитальная терапия
2.2.5	Инфекционные болезни
2.2.6	Оториноларингология
2.2.7	Офтальмология
2.2.8	Онкология, лучевая терапия
2.2.9	Стоматология
2.2.10	Дерматовенерология
2.2.11	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.12	Фтизиатрия
2.2.13	Клиническая практика ( Помощник врача стационара)
2.2.14	Клиническая практика (Помощник врача детской поликлиники)
2.2.15	Поликлиническая и неотложная педиатрия
2.2.16	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия

### 3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

**ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.**

<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Основные патогномичные признаки патологического состояния и их значимость в совокупности с общеклиническими симптомами.
Уровень 2	Симптомы, синдромы заболеваний, основные нозологические формы в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Алгоритм постановки топического и клинического диагнозов.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания клинических симптомов, представления динамики развития патологического состояния и адекватного лечения.
Уровень 2	Провести сравнение различных патологических состояний связанных с нарушением здоровья. Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения.
Уровень 3	Обосновать необходимые методы обследования и лечения.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Навыками работы с литературой выделить приоритетные источники информации.
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике в рамках полномочий врача общей практики.
Уровень 3	Навыками дифференциального диагноза основных заболеваний с обоснованием собственной позиции.

**ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**

<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Необходимые методы и принципы ведения больных с различными нозологическими формами.
Уровень 2	Основные закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными заболеваниями с целью адекватного обследования и лечения.
Уровень 3	Основные направления и принципы лечения, профилактики и реабилитации больных, оказания помощи при неотложных состояниях.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Использовать диагностические критерии и особенности течения заболеваний в зависимости от различных нозологических форм, осложнений и возрастных особенностей; применять международную классификацию болезней в тактике лечения.
Уровень 2	Использовать различные методы диагностики и уметь интерпретировать результаты; определить тактику ведения лиц с различными видами заболеваний, их осложнений.
Уровень 3	Определять спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Основными источниками информации специальной литературы.
Уровень 2	Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных видов заболеваний и осложнений; назначения лечения.
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи больным при ургентной патологии.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	-Этиологию, патогенез, клиническую картину наиболее часто встречающихся форм профессиональных болезней
3.1.2	-Особенности диагностики профессиональных болезней
3.1.3	-Дифференциальный диагноз между профессиональными и непрофессиональными заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину
3.1.4	-Деонтологические нормы, этику врача в процессе курации больных
3.1.5	-Вопросы лечения, профилактики, экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации профессиональных болезней.
3.1.6	-Знать принципы организации и оказания неотложной медицинской помощи при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях)
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	-Анализировать данные профессионального анамнеза больного для определения возможного влияния производственных факторов на состояние здоровья
3.2.2	-Уметь проводить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры работающих

3.2.3	-Анализировать механизмы действия неблагоприятных факторов производственной среды, вызвавших развитие профессиональной болезни
3.2.4	-Проводить целенаправленное обследование больных для выявления клинических признаков, свидетельствующих о влиянии неблагоприятных факторов производственной среды
3.2.5	-Проводить дифференциальную диагностику между предполагаемыми профессиональными и непрофессиональными болезнями, имеющими сходную клиническую картину
3.2.6	-Выявлять конкретные особенности течения данной профессиональной болезни
3.2.7	-Определять степень и стойкость функциональных нарушений пораженных органов и систем
3.2.8	-Правильно рекомендовать необходимые лечебные мероприятия для больных, имеющих профессиональные болезни
3.2.9	-Оказывать неотложную медицинскую помощь при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях)
3.2.10	-На основании клинической картины, степени функциональных нарушений, условий труда, профессии больного решать вопросы о его трудоспособности и трудоустройстве.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	-навыками клинического обследования, диагностики и лечения больных, имеющих профессиональные болезни., по проведению реабилитационных, профилактических мероприятий, в том числе по проведению предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров., механизмов и локализации действия и возможности замены препаратом из других групп;
3.3.2	-навыками анализа и использования данных санитарно-гигиенических условий на рабочем месте для обоснования связи заболевания с условиями труда больного;
3.3.3	-навыками определения степени утраты трудоспособности при профессиональных болезнях и интоксикациях, подбора рациональных видов труда для профессиональных больных, трудоспособность которых ограничена;
3.3.4	-навыками заполнения акта освидетельствования ВТЭК больного с обоснованием экспертного заключения;
3.3.5	-навыками проведения целенаправленного обследования работников промышленных предприятий, сельского хозяйства, транспорта и строительства для выявления у них профессиональной болезни.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Предмет профессиональной патологии.Пылевые болезни</b>						
1.1	Знакомство с клиникой профессиональных болезней, особенности курации, обследования больных с профессиональными заболеваниями.Курация больных. Знакомство с медицинским обслуживанием рабочих. Предварительные и периодические медицинские осмотры рабочих. Вопросы экспертизы трудоспособности и диспансеризации. /Пр/	8	4	ПК-6	Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1	0	
1.2	Введение в клинику профессиональных болезней и ее задачи /Лек/	8	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3	0	презентация

1.3	Влияние новых факторов производственной среды на состояние здоровья работающих. Принципы ВТЭ при профессиональных заболеваниях /Ср/	8	2	ПК-6	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.2 Э1	0	-ознакомиться с основными положениями, инструкциями, методическим и материалами по обследованию, диагностике и лечению больных, имеющих профессиональные болезни; с основными задачами, видами деятельности и обязанностями цехового врача., -записать основные принципы ВТЭ и степень трудоспособности при профессиональных болезнях и интоксикациях
1.4	Пылевые болезни легких. Пневмокониозы. /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.3 Л2.2 Э1	0	
1.5	Пневмокониозы от высоко- и умереннофиброгенной пыли. Силикоз. Антракосиликоз. Силикотуберкулез. Силикисидероз. Силикисиликатоз. Пневмокониозы от слабофиброгенной пыли. Антракоз. Асбестоз. Пневмокониоз электросварщиков. /Пр/	8	4	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Э1	2	Работа в группе со situационным и задачами.
1.6	Пневмокониозы от аэрозолей токсико-аллергенного действия. Бериллиоз. Легкое фермера. Пылевой бронхит. Профессиональная бронхиальная астма. /Пр/	8	6	ПК-6 ПК-8		2	Показ видеофильма про профессиональной бронхиальной астме.
1.7	Современные представления о патогенезе пневмокониозов. Организация и проведение предварительных и периодических осмотров лиц, работающих в условиях воздействия пыли. /Ср/	8	3	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1 Э1	0	-повторение лекционного материала, работа с методической литературой; -изучить патогенез пневмокониозов.



1.8	Критерии этиологической диагностики пылевых бронхитов. Дифференциальная диагностика асбестоза. /Ср/	8	2	ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.1 Л3.1 Э1	0	-расписать классификацию диагностики различных видов пневмокониозов; -записать этиологические критерии диагностики пылевых бронхитов. -подобрать обоснованную терапию с учетом течения заболевания, решать вопросы профилактики, реабилитации и ВТЭ
<b>Раздел 2. Профессиональные болезни от воздействия физических факторов. Профессиональные болезни от воздействия токсико-химических факторов.</b>							
2.1	Вибрационная болезнь /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.2	0	презентация
2.2	Вибрационная болезнь. Профессиональные болезни опорно-двигательного аппарата. /Пр/	8	4	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2	0	
2.3	Современное представление о патогенезе вибрационной болезни. Дифференциальная диагностика вибрационной болезни. /Ср/	8	3	ПК-6	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	-описать основные профессиональные группы рабочих, которые могут подвергаться воздействию. Знать классификацию вибрационной болезни.
2.4	Дифференциальная диагностика профессиональных заболеваний верхних конечностей /Ср/	8	3	ПК-6	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	-изучить симптомы Дауборна, Томсена, Велша, Элькина, Финкельштейна. Для каких заболеваний они характерны
2.5	Интоксикация свинцом и его соединениями /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1	0	презентация
2.6	Интоксикация свинцом и его соединениями, ртутью и его соединениями, ароматическими углеводородами. /Пр/	8	3	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2	0	

2.7	Интоксикации веществами раздражающего действия. Профессиональные интоксикации пестицидами /Пр/	8	4	ПК-6	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1	0	
2.8	Дифференциальная диагностика свинцовой интоксикации. Влияние бензола и его гомологов на организм женщин и детей. /Ср/	8	2,7	ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	-изучить основные патогенетические механизмы развития свинцовой интоксикации -выделить критерии дифференциальной диагностики свинцовой интоксикации. -Опишите пути поступления, метаболизм и пути выведения бензола и его гомологов из организма. - сформулировать какие органы и системы поражаются при хронической ртутной интоксикации. Перечислить основные клинические синдромы заболевания. -Перечислить основные методы функциональной и лабораторной диагностики хронической ртутной интоксикации, методы лечения ртутных интоксикаций.
2.9	Основные принципы диагностики и неотложной медицинской помощи при острых профессиональных интоксикациях /Лек/	8	1	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2	0	
2.10	Основные принципы диагностики и неотложной медицинской помощи при острых профессиональных интоксикациях /Пр/	8	2	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э1	0	

2.11	Исторические аспекты изучения этиологии, клиники и лечения хронической ртутной интоксикации /Ср/	8	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2	0	Изучить основные методы функциональной и лабораторной диагностики хронической ртутной интоксикации. Знать методы лечения ртутных интоксикаций.
2.12	/КрТО/	8	0,3			0	
2.13	/Зачёт/	8	0			0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

1. Основные виды трудовой деятельности и обязанности цехового врача.
2. На основании каких документов проводятся обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры трудящихся, подвергающихся воздействию вредных и неблагоприятных условий труда? Краткое содержание приложений к данному документу.
3. Какие болезни относятся к профессиональным, какие — к производственным травмам?
4. Документация, необходимая для решения вопроса о связи заболевания с выполняемой работой (профессиональное заболевание).
7. Каким лечебно-профилактическим учреждениям дано право первичного установления диагноза хронических и острых профессиональных болезней (интоксикаций)?
8. Цель предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров.
9. Какими директивными документами (название и содержание) необходимо руководствоваться при организации и проведении профилактических медицинских осмотров трудящихся, подвергающихся воздействию вредных факторов производственной среды?
10. По каким критериям следует оценивать качество профилактических медицинских осмотров?
11. Перечислите индивидуальные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, назначаемые профессиональном заболевании или при подозрении на него.
12. Назовите коллективные лечебно-профилактические санитарно-гигиенические мероприятия, которые необходимо провести, основываясь на результатах профилактических осмотров.
13. Понятие о трудоспособности и видах ее нарушения.
14. Основные задачи ВТЭ в клинике профессиональных болезней.
15. Льготы для лиц, имеющих профессиональные заболевания и интоксикации.
16. Понятие о регрессном иске при профессиональных болезнях.
17. Понятие о временной утрате трудоспособности и показания к ее установлению.
18. Понятие о трудовом больничном листе, показания к его выдаче и максимальный срок продолжения.
19. Основные функции ВТЭК.
20. Понятие о группе инвалидности и критерии для их определения.
21. Сроки переосвидетельствования инвалидов I, II и III. В каких случаях устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования?
22. Какие случаи переосвидетельствования инвалидов проводятся в более укороченные сроки?
23. Мероприятия по социально-трудовой и медицинской реабилитации больных, имеющих профессиональные болезни.
24. Какие обстоятельства следует учитывать для рационального трудоустройства больных, имеющих профессиональные заболевания?
25. Значение сопутствующих непрофессиональных заболеваний в определении групп инвалидности у лиц, имеющих профессиональные заболевания.
26. В каких сферах производства работающие подвергаются воздействию пылевых факторов?
27. Какие свойства пылевых частиц определяют их фиброгенное действие? Какие виды пыли обладают наибольшей фиброгенной активностью?
28. Какие факторы производственной среды и особенности организма определяют скорость развития и прогрессирования силикоза?
29. Основные теории патогенеза силикоза.
30. Опишите морфологическое строение силикотического узелка.
31. Какие жалобы и объективные данные характерны для неосложненного силикоза?
32. Основные рентгенологические признаки силикоза.
33. Перечислите основные показатели функции внешнего дыхания и характер их изменений при силикозе.
34. Перечислите наиболее частые осложнения силикоза и дайте их характеристику (на основании клинических, рентгенологических, лабораторных данных).

35. Какие варианты течения силикоза Вам известны?
36. По каким принципам построена действующая в нашей стране классификация пневмокониозов?
37. С какими профессиональными заболеваниями проводится дифференциальная диагностика силикоза?
38. Каковы основные принципы лечения силикоза? Почему необратимость далеко зашедших морфологических изменений не может обосновать отказ от лечения?
39. Назовите медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения силикоза и его осложнений.
40. Основные критерии определения трудоспособности больных силикозом.
41. Чем отличается клиническая картина силикатозов от силикоза?
42. Чем отличается клиническая картина карбокониозов от силикоза?
43. Чем отличается клиническая картина металлокониозов от силикоза?
44. Какие особенности клинической картины пневмокониозов, обусловленных воздействием органической пыли?
45. Какие клинические формы профессиональных заболеваний могут наблюдаться при воздействии электросварочного аэрозоля?
46. В каких производствах и профессиях работающие подвергаются воздействию пылевых факторов?
47. Какие свойства производственной пыли определяют ее способность вызывать хронический пылевой бронхит?
48. Перечислите жалобы, свойственные больным хроническим пылевым бронхитом. Имеются ли жалобы, специфичные для пылевого бронхита?
49. Какие объективные симптомы выявляются при хроническом пылевом бронхите? Есть ли среди них специфичные?
50. Приведите данные основных инструментальных методов исследования, используемых для диагностики пылевого бронхита.
51. Перечислите критерии этиологической диагностики хронического пылевого бронхита (обоснуйте связь заболевания с воздействием производственной пыли).
52. Перечислите принципы лечения больных хроническим пылевым бронхитом.
53. Каковы правила ВТЭ при хроническом пылевом бронхите?
54. Каковы направления технической, санитарно-гигиенической и медицинской профилактики пылевого бронхита?
55. Как Вы представляете себе роль врача по гигиене труда в установлении связи хронического бронхита с профессией и в разработке и проведении профилактических мероприятий?
56. Какие неблагоприятные производственные факторы могут обусловить развитие профессиональной бронхиальной астмы? Приведите примеры веществ, обладающих сенсибилизирующим, раздражающим и комбинированным действием.
57. Какова клиническая картина бронхиальной астмы легкой, средней и тяжелой степени?
58. Перечислите основные показатели функции внешнего дыхания и опишите характер их изменений при бронхиальной астме.
59. Совокупность каких данных дает основание для диагноза бронхиальной астмы профессионального происхождения?
60. Чем отличается прогноз при профессиональной бронхиальной астме в каждом конкретном случае?
61. Каковы основные принципы лечения бронхиальной астмы?
62. Основные производства и технологические процессы при которых может возникнуть бериллиоз.
63. Какие соединения бериллия наиболее токсичны?
64. Патогенез бериллиоза. Пути проникновения бериллия и его соединений в организм и пути выведения. Влияние содержания бериллия в воздухе рабочих помещений на течение и тяжесть клинических проявлений заболевания.
65. Какие соединения бериллия вызывают острые интоксикации? Перечислите клинические синдромы острой интоксикации бериллием.
66. Хронический бериллиоз: основные клинические синдромы, внелегочные поражения, особенности нарцужения газообмена.
67. Рентгенологическая картина поражений легких при I, II и III стадиях хронического бериллиоза.
68. Основные лечебно-профилактические мероприятия при бериллиозе.
69. Вопросы ВТЭ.
70. Перечислите производства, в которых вибрация является фактором профессиональной вредности.
71. Назовите основные профессиональные группы рабочих, которые могут подвергаться воздействию
72. Назовите основные параметры вибрации. Каково их значение в развитии заболевания?
73. Какие факторы способствуют развитию вибрационной болезни?
74. Изложите классификацию вибрационной болезни.
75. Каковы основные клинические синдромы при вибрационной болезни у работающих с ручным механизированным инструментом?
76. Дайте характеристику клинических синдромов вибрационной болезни, развивающейся от воздействия общей вибрации.
77. Каковы особенности клинических проявлений ранних стадий вибрационной болезни?
78. Опишите функциональные методы диагностики вибрационной болезни.
79. Изложите дифференциальную диагностику вибрационной болезни.
80. Каковы основные методы лечения и особенности врачебно-трудовой экспертизы при вибрационной болезни?
81. Перечислите основные мероприятия медицинской и гигиенической профилактики вибрационной болезни.
82. Какова роль врача-гигиениста в установлении связи заболевания с профессией и проведении мероприятий, направленных на предупреждение развития вибрационной болезни и восстановление трудоспособности?
83. Охарактеризуйте условия, которые могут быть причиной профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Перечислите примерные профессии, в которых они могут возникнуть.
84. Каковы причины возникновения вегетативной полиневропатии профессионального характера?
85. Проведите, дифференциальную диагностику профессиональной вегетативной полиневропатии.
86. Охарактеризуйте клиническую картину плечелопаточного периаартрита, методы лечения и врачебно-трудовой экспертизы.
87. Каково диагностическое значение рентгенологических исследований при этом заболевании?

88. Расскажите о патогенезе эпикондилита, проведите дифференциальную диагностику с артритами и артрозами локтевого сустава.
89. Опишите симптомы Дауборна, Томсена, Велша, Элькина, Финкельштейна. Для каких заболеваний они характерны?
90. Расскажите о клинических симптомах профессиональных миозитов, методах их диагностики. Как решаются вопросы трудоспособности?
91. Охарактеризуйте клиническую картину болезни Декервена.
92. Какова клиника и методы лечения «защелкивающегося» пальца?
93. Назовите основные производства и профессиональные группы рабочих, которые могут подвергаться неблагоприятному воздействию соединений свинца.
94. Перечислите пути поступления свинца в организм.
95. Каковы основные патогенетические механизмы развития свинцовой интоксикации?
96. Изложите современную классификацию хронической свинцовой интоксикации.
97. Перечислите основные клинические симптомы и синдромы свинцовой интоксикации, обусловленной неорганическими и органическими соединениями свинца.
98. Приведите критерии дифференциальной диагностики свинцовой интоксикации.
99. Охарактеризуйте основные методы лечения и особенности ВТЭ при хронической свинцовой интоксикации.
100. Какова роль врача-гигиениста и профпатолога в установлении связи заболевания с условиями труда заболевшего и проведении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение свинцовой интоксикации, а также на восстановление трудоспособности больного
33. Перечислите производства и профессии, в которых ароматические углеводороды являются неблагоприятными производственными факторами.
101. Опишите пути поступления, метаболизм и пути выведения бензола и его гомологов из организма.
102. На какие органы и системы действуют ароматические углеводороды? Что Вам известно о патогенетических механизмах интоксикации?
103. Опишите клиническую картину острой интоксикации.
104. Какие качественные и количественные изменения периферической крови характерны для интоксикации ароматическими углеводородами?
105. Какие неврологические синдромы наблюдаются в клинике интоксикации ароматическими углеводородами?
106. Какие лечебно-профилактические мероприятия проводятся при хронической интоксикации бензолом и его гомологами?
107. Как решаются вопросы экспертизы трудоспособности при данном заболевании?
108. Назовите производства, где возможен контакт с ртутью и ее неорганическими соединениями,
109. Какие дополнительные неблагоприятные профессиональные факторы могут способствовать развитию ртутной интоксикации?
110. Пути поступления ртути в организм и их роль в развитии интоксикации.
111. В каких органах депонируется ртуть?
112. Основные пути выделения ртути из организма.
113. Что подразумевается под «носителем» ртути и можно ли считать его заболеванием?
114. Назовите кардинальные симптомы микромеркуриализма и классической ртутной интоксикации.
115. Какова современная классификация хронической интоксикации ртутью?
116. Какие органы и системы поражаются при хронической ртутной интоксикации? Перечислите основные клинические синдромы заболевания.
117. Назовите основные методы функциональной и лабораторной диагностики, позволяющие судить о степени выраженности хронической ртутной интоксикации.
118. Назовите методы лечения ртутных интоксикаций.
119. Какова схема введения унитиола при острых и хронических интоксикациях ртутью?
120. Назовите наиболее эффективные методы профилактики меркуриализма.
121. Перечислите медицинские противопоказания, препятствующие приему на работу в контакте с ртутью. Что такое демеркуриализация?
122. Перечислите основные токсические вещества раздражающего действия и определите роль их физических свойств в развитии поражений органов дыхания.
123. Изложите Ваши представления о патогенезе поражений органов дыхания токсико-химической этиологии.
124. Назовите основные клинические формы поражений органов дыхания токсико-химической этиологии.
125. Опишите клиническую картину отравления хлором и его соединениями.
126. Какова клиническая картина интоксикации сернистым газом?
127. Опишите клиническую картину отравлений сероводородом.
128. Какова клиническая картина отравлений окислами азота?
129. Назовите принципы оказания неотложной помощи при острых токсических поражениях органов дыхания.
130. Охарактеризуйте комплекс лечебных мероприятий при хронических заболеваниях органов дыхания токсико-химической этиологии.
131. Как проводится экспертиза трудоспособности при поражениях органов дыхания токсико-химической этиологии?
132. Профилактика поражений органов дыхания веществами раздражающего действия.
133. Перечислите основные трудовые процессы, при которых работники сельского хозяйства могут подвергаться воздействию ядохимикатов.
134. Назовите ядохимикаты, наиболее распространенные в современном сельском хозяйстве, и приведите их классификацию.
135. Каковы основные пути поступления ядохимикатов в организм?
136. Каков патогенез хронических интоксикаций ядохимикатами различного химического строения?
137. Опишите клиническую картину интоксикаций хлор- и ртутьорганическими ядохимикатами.

138. Какова клиническая картина интоксикаций фосфорорганическими ядохимикатами?
139. Проведите дифференциальную диагностику между острой и хронической интоксикациями ядохимикатами.
140. Назовите основные методы лабораторной и функциональной диагностики хронических интоксикаций ядохимикатами.
141. Каковы принципы антидотной терапии интоксикаций ядохимикатами различного химического строения?
142. Изложите Ваши представления об основных принципах ВТЭ при профессиональных интоксикациях ядохимикатами.
- Перечислите методы профилактики интоксикаций ядохимикатами в сельском хозяйстве
143. Назовите причины возникновения острых интоксикаций в условиях производства.
144. Перечислите основные пути проникновения производственных ядов в организм.
145. Дайте классификацию острых профессиональных отравлений.
146. Перечислите основные принципы диагностики острых профессиональных отравлений.
147. Опишите клиническую симптоматику острых интоксикаций окисью углерода.
148. Охарактеризуйте клиническую симптоматику острых профессиональных интоксикаций ароматическими углеводородами.
149. Опишите клинические признаки острых профессиональных интоксикаций пестицидами.
150. Назовите специальные клиничко-лабораторные методы исследования, используемые в диагностике наиболее часто встречающихся острых профессиональных интоксикаций.
151. Расскажите об основных принципах оказания неотложной врачебной помощи и лечения острых профессиональных интоксикаций.
152. Какова роль врача по гигиене труда в установлении диагноза и осуществлении мероприятий, направленных на предупреждение острых профессиональных отравлений и сохранение здоровья трудящихся?
- Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ проверяются путем решения ситуационных задач.
- Перечень типовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ №2.

## 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

## 5.3. Фонд оценочных средств

1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ. Перечень вопросов в п.5.1. согласно тематики.
2. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:
- 1) Каждый студент получает для курации одного больного.
  - 2) На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
    - 1) Ознакомиться с тематикой;
    - 2) Установить доверительный контакт;
    - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
    - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины, по которым пациент связывает свое заболевание, причины госпитализации);
    - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
    - 6) Собрать профессиональный анамнез ( профессиональный маршрут; провести санитарно-гигиеническую характеристику);
    - 7) Произвести осмотр и обследование пациента;
    - 8) Описать клинический статус;
    - 9) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
    - 10) Поставить предварительный диагноз;
    - 11) Провести дифференциальный диагноз;
    - 12) Поставить клинический диагноз;
    - 13) Определить тактику предполагаемого лечения;
    - 14) Написать дневники этапного или выписного эпикриза в учебной истории болезни;
    - 15) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.
    - 16) Прогноз. Рекомендации пациенту.
3. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.  
Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ №3.
4. ТЕСТЫ  
Перечень тестовых вопросов, согласно тематики раздела (ПРИЛОЖЕНИЕ №1).
5. ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему доклада.  
Темы докладов:
1. Влияние новых факторов производственной среды на состояние здоровья работающих.
  2. Принципы ВТЭ при профессиональных заболеваниях.
  3. Современные представления о патогенезе пневмокониозов.
  4. Организация и проведение предварительных и периодических осмотров лиц, работающих в условиях воздействия пыли.
  5. Критерии этиологической диагностики пылевых бронхитов.
  6. Дифференциальная диагностика асбестоза.
  7. Современное представление о патогенезе вибрационной болезни.
  8. Дифференциальная диагностика вибрационной болезни.
  9. Дифференциальная диагностика профессиональных заболеваний верхних конечностей.
  10. Дифференциальная диагностика свинцовой интоксикации.
  11. Влияние бензола и его гомологов на организм женщин и детей.
  12. Исторические аспекты изучения этиологии, клиники и лечения хронической ртутной интоксикации.
6. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.  
(Перечень заданий согласно раздела в ПРИЛОЖЕНИИ №2)

**7. ВОПРОСЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМУ ЗАЧЕТУ.**

Перечень вопросов к зачету с оценкой в ПРИЛОЖЕНИИ №6.

**5.4. Перечень видов оценочных средств**

1. Теоретическое задание.
2. Курация больного.
3. История болезни.
4. Тесты.
5. Доклад с презентацией.
6. Ситуационные задачи.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №4.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №4.

**6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Артамонова В.Г., Мухин Н.А.	Профессиональные болезни: Учебник	М.: Медицина 2004
Л1.2	В.В. Косарев, В.С. Лотков, С. А. Бабаков	Профессиональные болезни : Профессиональные болезни	ГЭОТАР – Медиа 2008
Л1.3	Артамонова В.Г., Шаталов Н.Н.	Профессиональные болезни: Учебник	М.: Медицина 1996

**6.1.2. Дополнительная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Ордобаев Б.С., Шабикова Г.А.	Безопасность жизнедеятельности: учебное пособие	КРСУ 2016
Л2.2	Карапата П.П. Киев, 1986г.	Профессиональные пылевые болезни легких.	

**6.1.3. Методические разработки**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Идирисов А.Н., Исмаилов А.А., Нурсеитов Т.А., Сартов Н.М., Малиев Х.А.	Безопасность жизнедеятельности: Учебно-методическое пособие	Бишкек: КГМА 2014

**6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"**

Э1	Электронная библиотека КРСУ	<a href="http://www.lib.krsu.edu.kg">www.lib.krsu.edu.kg</a>
Э2	Электронно-библиотечная система "Знаниум"	<a href="http://www.znanium.com">www.znanium.com</a>
Э3		

**6.3. Перечень информационных и образовательных технологий****6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии**

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: используются разборы конкретных ситуаций, подготовка студентами докладов с презентациями на заданные темы.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.

**6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения**

6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ-( <a href="http://www.lib.krsu.edu.kg">www.lib.krsu.edu.kg</a> );
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система "Знаниум"-( <a href="http://www.znanium.com">www.znanium.com</a> ).

**7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

7.1	Для проведения занятий по профессиональным болезням имеется 1 лекционный зал (120 посадочных мест), 3 учебных комнат находящиеся в ГКБ №1, БНИЦГО, и в поликлинике № 1.
7.2	
7.3	В учебных комнатах преподавателей имеются следующие средства обучения:
7.4	
7.5	Информационные средства обучения:
7.6	-учебники по профессиональным болезням: Шаталов Н.Н., Артамонова (твердый переплет, электронные версии)
7.7	-учебные пособия: Вибрационная болезнь, Классификация пневмокозиозов, Профессиональные заболевания от воздействия органических растворителей.
7.8	-справочники лекарственных средств: РЛС РФ, Справочник Видаля, 2011г.
7.9	-методические разработки к практическим занятиям по профессиональным болезням;
7.10	-учебно-методические рекомендации к практическим занятиям для студентов по разделам профессиональной патологии.
7.11	
7.12	Наглядные средства обучения:
7.13	-Изобразительные пособия по всем разделам профессиональной патологии
7.14	-плакаты;
7.15	-схемы;
7.16	-рисунки;
7.17	-таблицы;
7.18	-графики;
7.19	-фотоснимки;
7.20	-Рентгенограммы
7.21	- Учебные истории болезни
7.22	
7.23	-Технические средства обучения:
7.24	-мультимедиа – система - 1
7.25	Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВПО с учетом рекомендаций и ПрООП (примерной ООП) ВПО по направлению и профилю подготовки «Лечебное дело» .
7.26	

## 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:**

Обучение складывается из аудиторных занятий (36 ч.), включающих лекционный курс и практические (групповые) занятия (упражнения, решение ситуационных задач, тестовых заданий и т.д.), и самостоятельной работы (36 ч.) под руководством преподавателя. На лекциях излагаются основные теоретические положения, новые научные достижения и перспективы развития дисциплины. Практические занятия имеют цель закрепления и углубления теоретических знаний. На практических занятиях особое внимание уделяется решению ситуационных задач, посещению больных и курация.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО 3+ необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет-ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

**МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение тестовых заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

**ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:**

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
  - 1) переключки;
  - 2) задание на дом следующей темы;
  - 3) мотивация темы данного практического занятия;



- 4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
- 1) теоретический опрос по текущей теме;
  - 2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
  - 3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
  - 4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
  - 5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
    - а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
    - б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление - доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта. Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА:

подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным. Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием и обязательным устным собеседованием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе практических занятий во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и модулей.

В конце цикла предусматривается проведение тестового контроля по всем пройденным темам в сочетании с устным собеседованием. Итоговый контроль включает в себя:

- собеседование по теоретическим вопросам;
- контроль практических умений и навыков;
- решение ситуационных задач.

#### ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 5 баллов.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

#### ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ:

При явке на дифзачет студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют преподавателю в начале.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы и выполнить ситуационные задания.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ТЕСТЫ

1. К наиболее тяжелой форме пневмокониоза из группы силикатозов относится:
  - а) асбестоз
  - б) талькоз
  - в) коалиноз
  - г) цементный пневмокониоз
  - д) оливинный пневмокониоз
2. К возможным осложнениям в течении асбестоза относятся все перечисленные, исключая:
  - а) туберкулез
  - б) бронхит
  - в) рак легких
  - г) бронхоэктазы
  - д) кандидомикоз
3. К специфической форме поражения кожи у работающих в контакте с асбестовой пылью относится:
  - а) экзема
  - б) бородавки
  - в) папилломы
  - г) дерматит
347. Прогрессирование фиброзного процесса до узловых форм:
  - а) характерно для силикатозов
  - б) не характерно для силикатозов
4. К металлоконииозу, при котором отсутствует зависимость дозы действующего вещества и эффекта действия, относится:
  - а) сидероз
  - б) алюминоз
  - в) бериллиоз
5. В состав сварочного аэрозоля входит все перечисленное, исключая:
  - а) железо
  - б) окись углерода
  - в) мышьяк
  - г) марганец
  - д) озон
6. К соединениям бериллия, обладающим преимущественно токсическим раздражающим действием, относятся:
  - а) растворимые
  - б) нерастворимые
  - в) токсическое раздражающее действие не зависит от растворимости
7. Основной гистологической структурой бериллиоза является:
  - а) узелок
  - б) бугорок
  - в) гранулема
8. К дополнительным методам диагностики бериллиоза относятся все перечисленные, кроме:
  - а) кожного тестирования
  - б) определения уровня специфических антител в крови
  - в) бронхоскопии
  - г) анализа мокроты на микрофлору
9. Наибольшим нарушением внешнего дыхания при бериллиозе является нарушение:
  - а) вентиляции
  - б) диффузии
  - в) легочного кровотока
10. Течение карбокониозов отличается:
  - а) медленно прогрессирующим течением
  - б) быстро прогрессирующим течением
  - в) регрессирующим течением
11. К рентгеноморфологическим формам антракосиликоза относятся:
  - а) узелковая
  - б) интерстициальная
  - в) узловая
  - г) все перечисленные
12. К профессиям, при которых возможно развитие сидеросиликоза, относятся все перечисленные, исключая:
  - а) рабочих литейных цехов

- б) шахтеров железнорудных шахт
- в) рабочих металлургических заводов черной металлургии

13. К силикозоопасным профессиям относятся: 1)бурильщик; 2)фрезеровщик; 3)пескоструйщик; 4)обрубщик; 5)кузнец

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 3, 4 и 5
- г) если верно 1, 3 и 4
- д) если верно 1, 2 и 5

14. Наиболее характерным видом поражения слизистой оболочки бронхов для пылевого воздействия является:

- а) атрофический
- б) гипертрофический
- в) катаральный
- г) все перечисленные

15. К профессиям, в которых часто развивается пылевой бронхит, относятся все перечисленные, за исключением:

- а) шахтеров угольных шахт
- б) пескоструйщиков
- в) рабочих текстильных предприятий
- г) рабочих цементных заводов
- д) шлифовальщиков

16. Силикотуберкулез от туберкулезного процесса отличается:

- а) меньшей выраженностью интоксикации
- б) большей выраженностью интоксикации
- в) интоксикация встречается крайне редко

17. К специфическим осложнениям для пневмокониозов относятся: 1)ревматоидный артрит; 2)абсцесс легкого; 3)спонтанный пневмоторакс; 4)буллезная эмфизема; 5)экссудативный плеврит

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 3, 4 и 5
- г) если верно 2, 4 и 5
- д) если верно 1, 3 и 4

18. Правильная формулировка экспертного заключения для электросварщика, у которого диагностирован пневмокониоз I стадии, должна быть:

- а) трудоспособен в своей профессии при динамическом врачебном наблюдении
- б) трудоспособен в своей профессии вне замкнутых пространств
- в) нуждается в переквалификации

19. К заболеваниям, требующим применения кортикостероидных препаратов, относятся: 1)узелковый силикоз II стадии (быстро прогрессирующий); 2)узелковый силикоз II стадии (медленно прогрессирующий); 3)бериллиоз I-II стадии; 4)антракосиликоз I стадии, ревматоидный артрит; 5)пневмокониоз электросварщика I-II стадии.

- а) если верно 1, 3 и 4
- б) если верно 1, 2 и 3
- в) если верно 1, 4 и 5
- г) если верно 2, 3 и 4
- д) если верно 3, 4 и 5

20. К отрасли промышленности, в которой возможно развитие пылевого фиброза, относится:

- а) машиностроение
- б) ткацкое производство
- в) химическая промышленность
- г) деревообрабатывающая промышленность
- д) сельскохозяйственное производство

21. Наиболее типичным для асбестоза рентгенологическим типом фиброза является:

- а) узелковый
- б) интерстициальный
- в) и тот, и другой

22. К возможным осложнениям в течении асбестоза относятся все перечисленные, исключая:

- а) туберкулез
- б) бронхит
- в) рак легких
- г) бронхоэктазы
- д) кандидомикоз

23. Наиболее характерным течением фиброзного процесса при силикатозах является:

- а) медленно прогрессирующее
- б) быстро прогрессирующее
- в) регрессирующее

24. К эффектам действия аэрозолей металлов и их соединений относятся все перечисленные, кроме:

- а) аллергических
- б) гемолитических
- в) фиброгенных
- г) канцерогенных д

25. Рентгеноконтрастность мелкопятнистых теней при пневмокониозе сварщика обусловлена:

- а) обызвествлением узелков
- б) рентгеноконтрастными свойствами железа
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

26. К соединениям бериллия, обладающим преимущественно аллергическим действием, относятся:

- а) растворимые
- б) нерастворимые

в) аллергическое действие не зависит от степени растворимости

27. Наиболее характерными жалобами для бериллиоза является все перечисленные, кроме:

а) похудания

б) кашля

в) одышки

г) лекарственной непереносимости

д) кровохаркания

28. Наиболее характерным клиническим синдромом для тяжелого бериллиоза является:

а) бронхит

б) бронхоbronхиолит

в) эмфизема легких

г) все перечисленное

29. Наиболее характерным типом течения бериллиоза гранулематозного типа является:

а) прогрессирующее

б) регрессирующее

в) непрогрессирующее

30. Рентгеноморфологическими формами, свойственными карбоконоиозам, являются:

а) интерстициальные

б) узелковые

в) узловые

г) все перечисленное

31. Наиболее частым осложнением при интерстициальных формах антракосиликоза является:

а) туберкулез

б) бронхит

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

32. Наиболее характерным типом рентгенологических изменений для сидеросиликоза является:

а) интерстициальный

б) узелковый

в) и тот, и другой

г) ни тот, ни другой

33. К профессиям, в которых возможно развитие профессионального бронхита, относятся: 1)швея-мотористка; 2)обрубщик; 3)токарь; 4)прядильщица; 5)мукомол

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 2, 4 и 5

г) если верно 3, 4 и 5

34. Для профессионального бронхита наиболее характерен

а) обструктивно-эмфизематозный синдром

б) воспалительно-деструктивный синдром

в) и тот, и другой

г) ни тот, ни другой

35. К профессиональным факторам, кроме запыленности, способствующим развитию бронхитов в условиях производства и его прогрессированию, относятся все перечисленные, кроме:

а) раздражающих токсических веществ

б) перепадов температуры

в) воздействия лучистого тепла

г) значительных физических нагрузок

36. Деструктивные формы силикотуберкулеза:

а) встречаются часто

б) встречаются редко

в) не встречаются

37. К форме пневмокониоза, чаще осложняющейся бронхитом, относится:

а) интерстициальная

б) узелковая

в) и та, и другая

г) ни та, ни другая

38. Вопрос о трудоспособности шахтера, страдающего антракосиликозом II стадии и очаговым туберкулезом легких в фазе неполного уплотнения, должен быть сформулирован следующим образом:

- 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

39. К пылям, вызывающим развитие силикоза, относятся:

- а) электросварочный аэрозоль
- б) кварцевая (содержащая свободный диоксид кремния)
- в) древесная
- г) пыль шерсти
- д) хлопковая

40. К осложнению, характерному для силикоза, относится:

- а) пневмония
- б) бронхиальная астма
- в) туберкулез легких
- г) бронхит
- д) бронхоэктазы

41. Какие факторы внешней среды наиболее отчетливо ухудшают течение вибрационной болезни ?

- 1) повышенная инсоляция
- 2) повышенная температура окружающей среды
- 3) охлаждение

42. Чем характеризуется болевой синдром при вибрационной болезни от местной вибрации?

- 1) держится постоянно, усиливается днем
- 2) отмечается в состоянии покоя, ночью
- 3) появляется при физическом напряжении



- 4) утренняя боль с чувством скованности суставов
- 5) боль приступообразная с характерной иррадиацией

43. Какие рентгенологические изменения наблюдаются в костях при вибрационной болезни?

- 1) периоститы
- 2) остеопороз, кисты
- 3) анкилозирование
- 4) остеофиты, суставные "мышцы"

44. Какой синдром характерен для вибрационной болезни от местной низкочастотной вибрации?

- 1) ангиоспастический
- 2) нейропатический, с болевым синдромом
- 3) вестибулярный
- 4) астено-иппохондрический
- 5) диэнцефальный

45. Какой синдром характерен для вибрационной болезни от местной высокочастотной вибрации?

- 1) вестибулярный
- 2) ангиоспастический (синдром Рейно)
- 3) астено-иппохондрический
- 4) диэнцефальный
- 5) кардиалгический

46. От какого вида вибрации наиболее часто развивается диэнцефальный синдром?

- 1) от местной высокочастотной
- 2) от местной низкочастотной
- 3) от общей вибрации

47. Для периферического ангиодистонического синдрома верхних конечностей не характерно:

- 1) онемение конечностей
- 2) сухость ладоней
- 3) зябкость кистей
- 4) мраморность кистей
- 5) гипергидроз ладоней

48. Какова трудоспособность при вибрационной болезни первой степени?

- 1) сохранена полностью
- 2) ограничено трудоспособен
- 3) нетрудоспособен

49. К работам, при которых основной профессиональной вредностью является вибрация, относится все перечисленное, кроме:

- а) механосборочных работ
- б) электросварочных работ
- в) металлообрабатывающих работ
- г) горнодобывающих работ

50. Характерными для вибрационной болезни жалобами являются: 1) боли в конечностях; 2) онемения кистей, стоп; 3) кашель, одышка; 4) побеление пальцев; 5) боли в эпигастральной области

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 1, 2 и 4
- г) если верно 3, 4 и 5
- д) если верно 1, 4 и 5

51. К наиболее характерным для вибрационной болезни симптомам относятся все перечисленные, кроме:

- а) расстройства чувствительности по полиневритическому типу
- б) акроцианоза

- в) тремора пальцев рук
- г) миофиброза плечевого пояса
- д) гипотермии кистей, стоп

52. К профессиональным заболеваниям, которые могут развиваться у горнорабочих (помимо вибрационной болезни) от воздействия сопутствующих производственных факторов, относятся: 1)кессонная болезнь; 2)кохлеарный неврит; 3)эпилепсия; 4)силикоз; 5)профессиональный бронхит

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 2, 4 и 5
- г) если верно 3, 4 и 5
- д) если верно 1, 2 и 4

53. Шум является основной профессиональной вредностью во всех перечисленных производствах, кроме:

- а) ткацких цехов
- б) цеха точной сборки
- в) штамповочных цехов
- г) обрубного цеха
- д) компрессорного цеха

54. К этиологическим факторам, способствующим развитию профессиональных заболеваний периферических нервов и опорно-двигательного аппарата, относятся все перечисленные, кроме:

- а) физических нагрузок
- б) переохлаждения
- в) нервно-психического напряжения
- г) вибрации
- д) вынужденной рабочей позы

55. К производствам, в которых наиболее часто встречаются интоксикации свинцом, относятся все, кроме:

- а) производства аккумуляторов
- б) цветной металлургии

в) производства хрустала

г) судостроения

д) типографии

56. Интоксикация свинцом начальной формы характеризуется:

а) ретикулоцитозом

б) увеличением количества базофильно-зернистых эритроцитов

в) повышенным выделением с мочой дельта-аминолевулиновой кислоты

г) гиперкопропорфиринурией

д) всем перечисленным

57. К лечебным мероприятиям, необходимым для купирования свинцовой колики, относятся:

а) внутривенное введение комплексона

б) применение горячей ванны

в) паранефральная новокаиновая блокада

г) инъекции наркотиков

д) все перечисленное

58. Поражение слизистой оболочки носа от действия хрома проявляется в виде всего перечисленного, кроме:

а) гипертрофического ринита

б) атрофического ринита

в) изъязвления

г) перфорации носовой перегородки

59. Основными путями возможного попадания пестицидов в организм являются:

а) кожа

б) органы дыхания

в) желудочно-кишечный тракт

г) все перечисленные

60. К костномозговой группе промышленных ядов относятся:

а) мышьяковистый водород

б) бензол

в) окись углерода

г) акрилаты

д) amino- и нитросоединения бензола

61. Хронический гемолитический процесс вызывает:

а) свинец

б) ионизирующие излучения

в) монооксид углерода

г) метан

62. При интоксикации свинцом поражаются больше всего: 1) органы дыхания; 2) система крови; 3) нервная система; 4) мочевыделительная система; 5) органы пищеварения

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 3 и 5

д) если верно 2, 3 и 5

63. Наиболее характерными для хронической интоксикации ртутью являются: 1) вегетативные нарушения; 2) тремор; 3) нарушения чувствительности; 4) кровоточивость десен; 5) атрофия мышц

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 2 и 4

д) если верно 1, 2 и 5

64. Больной с интоксикацией ртутью не может работать:

а) слесарем по ремонту оборудования

б) курьером

в) ночным сторожем

г) нормировщиком

д) подсобным рабочим

65. Дополнительными производственными факторами, существенно влияющими на формирование клинических синдромов вибрационной болезни, являются: 1) физические нагрузки; 2) неблагоприятные метеорологические факторы (низкая температура, влажность); 3) производственная пыль; 4) шум; 5) вынужденная рабочая поза

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 2 и 5

д) если верно 1, 3 и 4

66. К профессиям, в которых может возникнуть вибрационная болезнь, относятся все перечисленные, исключая:

а) обрубщика

б) клепальщика

в) токаря

г) полировщика

67. Основными клиническими симптомами вибрационной болезни являются: 1) ангиодистонический; 2) неврастенический; 3) экстрапирамидный; 4) полиневропатии; 5) гипоталамический

а) если верно 1, 2

б) если верно 2, 3

в) если верно 3, 4

г) если верно 1, 4

д) если верно 1, 5

68. К профессиям, в которых может быть трудоустроен больной с вибрационной болезнью, относятся: 1) слесарь по ремонту оборудования; 2) лаборант-химик; 3) шлифовщик оптического стекла; 4) рабочий холодильной установки; 5) мастер цеха полировки

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 2 и 5

д) если верно 1, 3 и 4

69. К проявлениям профессиональной нейросенсорной тугоухости относятся: 1) головная боль; 2) головокружение; 3) шум в ушах; 4) снижение слуха; 5) боль в ушах

а) если верно 1, 2

б) если верно 2, 3

в) если верно 3, 4

г) если верно 4, 5

д) если верно 1, 3

70. Наиболее характерными диагностическими критериями профессиональных заболеваний периферических нервов и опорно-двигательного аппарата являются: 1) острое начало; 2) постепенное начало; 3) прогрессирующее течение; 4) рецидивирующее течение; 5) длительный стаж работы

а) если верно 1, 3 и 5

б) если верно 2, 3 и 5

в) если верно 2, 4 и 5

г) если верно 1, 4 и 5

71. К неврологическим синдромам, характерным для интоксикации свинцом, относятся: 1) неврастенический; 2) астено-вегетативный; 3) энцефалопатия; 4) полиневропатия конечностей; 5) фуникулярный миелоз

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 3, 4 и 5

г) если верно 1, 2 и 4

д) если верно 2, 4 и 5

72.. Интоксикация свинцом легкой степени характеризуется:

а) ретикулоцитозом и увеличением числа базофильно-зернистых эритроцитов

б) легкой анемизацией

в) изменением нервной системы (астено-вегетативный синдром, начальные признаки полиневропатии конечностей)

г) нарушениями функции печени, дискинезией желудочно-кишечного тракта

д) всем перечисленным

73. При периодическом медицинском осмотре работающих в контакте со свинцом проводятся все исследования, кроме:

а) исследования крови на ретикулоциты

б) исследования крови на базофильно-зернистые эритроциты

в) исследования мочи на свинец

г) исследования мочи на d-аминолевулиновую кислоту

д) исследования мочи на копропорфирин

74.. Поражение бронхо-легочного аппарата от действия хрома проявляется в виде:

а) пневмосклероза

б) бронхиальной астмы

в) рака бронхов и легких

г) хронического бронхита

д) всего перечисленного

75. По химическому составу в группу пестицидов входят:

а) хлорорганические соединения

б) фосфорорганические соединения

в) ртутьорганические соединения

г) пергитроиды

д) все перечисленные

76. Самым типичным представителем группы промышленных ядов, вызывающих расстройства биосинтеза порфиринов и гема, является:

а) бензол

б) окись углерода

в) свинец

г) анилин

д) мышьяковистый водород



77. Хронические профессиональные поражения крови вызывают:

- а) свинец
- б) мышьяковистый водород
- в) бензол и его гомологи
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

78. К изменениям крови, характерным для интоксикации свинцом, относятся: 1)лейкопения; 2)ретикулоцитоз; 3)снижение гемоглобина; 4)эозинофилия; 5)повышение количества базофильно-зернистых эритроцитов

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 3, 4 и 5
- г) если верно 1, 3 и 5
- д) если верно 2, 3 и 5

79. Хроническая интоксикация ртутью проявляется в виде: 1)астено-вегетативного синдрома; 2)вегетативно-сенсорной полиневропатии; 3)энцефалопатии; 4)корсаковского синдрома; 5)астено-органического синдрома

- а) если верно 1, 2 и 3
- б) если верно 2, 3 и 4
- в) если верно 3, 4 и 5
- г) если верно 1, 2 и 5
- д) если верно 1, 3 и 5

80. Противопоказаниями к приему на работу в контакте с ртутью являются все перечисленные синдромы, кроме:

- а) хронических заболеваний периферической нервной системы
- б) выраженной вегетативной дисфункции
- в) гипертонической болезни I стадии
- г) часто обостряющихся форм хронического гастрита
- д) шизофрении и других эндогенных заболеваний

81. Укажите патогенез анемии при свинцовой интоксикации:

1) недостаток железа в организме ; 2) угнетение функции кроветворения; 3) кровопотери; 4) нарушение синтеза порфиринов; 5) дефицит витамина В12

82. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для поражения системы крови при интоксикации свинцом? а) гипохромия эритроцитов; б) повышение железа в сыворотке крови; в) тромбоцитопения; г) ретикулоцитоз; г) увеличение количества базофильно-зернистых эритроцитов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б; 2) б, г; 3) а, б, г, д; 4) б, г, д; 5) а, б, д

83. Какие синдромы поражения нервной системы наблюдаются при хронической интоксикации бензолом? а) астенический; б) полиневрит; в) диэнцефальный; г) гиперкинетический; д) энцефалопатия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д; 2) а, б, д; 3) б, г, д; 4) в, д; 5) а, б, г

84. Какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для начальных форм интоксикации марганцем? а) повышенная утомляемость; б) сухость во рту; в) слабость; г) сонливость; д) раздражительность. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г; 2) б, г; 3) б, в, д; 4) а, в, г; 5) б, д

85. Какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для марганцевого паркинсонизма? а) нарушение походки; б) повышение пластического тонуса мышц; в) экстрапирамидный гиперкинез; г) снижение корнеального рефлекса; д) агрессивность в поведении. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в

2) б, г

3) а, в

4) а, б, г, д

5) а, в, д

86. Какие клинические проявления характерны для ртутной интоксикации? а) паркинсонизм; б) "эретизм"; в) снижение критики к своему болезненному состоянию; г) астенический синдром; д) вегетативно-сосудистая дисфункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в

2) б, д

3) а, в, г

4) б, в, г

5) в, г, д

87. В каких производствах встречаются больные с хронической ртутной интоксикацией? а) производство термометров, ареометров, манометров; б) производство лаков и красок; в) изготовление радиовакуумных аппаратов, рентгеновских трубок; г) изготовление дотированной стали. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г

2) б, г

3) а, в

4) б, в, г

5) а, в, г

88. Профессиональными факторами, вызывающими гипопластическую анемию, могут быть: а) сероуглерод; б) ионизирующее излучение; в) электросварочная аэрозоль; г) бензол; д) мышьяк. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д

2) б, г

3) а, г, д

4) а, в

5) б, г, д

89. Какие неотложные мероприятия нужно провести у больного с острым отравлением монооксидом углерода средней тяжести? а) обеспечение полного покоя; б) ингаляции; в) инъекции цитохрома С; г) гипербарическая оксигенация; д) внутривенное введение метиленового синего. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д

2) а, в, г

3) а, г, д

4) а, б, г

5) б, г, д

90. К клиническим проявлениям острой интоксикации монооксидом углерода средней тяжести можно отнести: а) потеря сознания на несколько секунд или минут; б) выраженная общая и мышечная слабость; в) розовая окраска кожных покровов, карбоксигемоглобин крови 40%; г) тахикардия и тахипноэ; д) судороги. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в, г
- 2) а, б, д
- 3) а, г, д
- 4) а, в, г
- 5) б, г, д

91. Укажите противопоказания лечебным мероприятиям при токсическом отеке легких (при гипокапническом типе гипоксии):

- 1) оксигенотерапия
- 2) противовоспалительная терапия
- 3) кровопускание
- 4) глюкокортикоиды
- 5) диуретический препарат

92. В случае полной обратимости при острой интоксикации тетраэтилсвинцом правильным экспертным решением является:

- 1) трудоспособен
- 2) нуждается в предоставлении дополнительного больничного листа
- 3) ограниченно трудоспособен, нуждается в рациональном трудоустройстве
- 4) нетрудоспособен

93. В больницу доставлен больной, рабочий бензо-смесительной станции, в спутанном состоянии сознания. Больной высказывал бредовые идеи, имели место слуховые и зрительные галлюцинации, временами агрессивен, недоверчив к окружающим, пытался бежать, сопротивлялся обследованию. После оказания первой помощи больной успокоился. Из анамнеза известно: имел контакт с этилированным бензином. Объективно: нистагм, легкая асимметрия носогубных складок. Походка атаксическая, неустойчив в позе Ромберга, выраженный тремор

пальцев рук. Гипер-гидроз, гиперсаливация. АД 100/50 мм рт. ст. ЧСС - 52 удара в 1 минуту.  
Наиболее вероятный диагноз?

- 1) шизофрения;
- 2) острая интоксикация тетраэтилсвинцом
- 3) пищевое отравление
- 4) алкогольный делирий

94. Какая классификация пестицидов - ядохимикатов используется в настоящее время?

- 1) по патогенезу развития синдромов
- 2) по путям введения и выведения из организма
- 3) по химической структуре

95. Какие органы и системы принимают участие в патогенезе острых интоксикаций пестицидами?

а) гипоталамо-стволовые отделы мозга; б) почки; в) дыхательные пути; г) желудочно-кишечный тракт; д) кожа. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) а, б, д
- 3) а, г, д
- 4) а, в, г
- 5) а, в, г, д

96. Какова клиника интоксикаций фосфорсодержащими пестицидами (ФОС)? а)

ларингофаринготрахеобронхит; б) миоз; в) стоматит, глоссит; г) бронхорея; д) мидриаз. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) б, г, д
- 3) а, г, д
- 4) а, в, г
- 5) б, в, д

97. Какова клиника интоксикации хлорсодержащими пестицидами (ХОС)? а) мидриаз; б) бронхорея; в) ринит; г) блефароспазм; д) ларингофаринготрахеобронхит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) а, б, д
- 3) в, г, д
- 4) а, в, г
- 5) б, г, д

98. Как решаются вопросы экспертизы трудоспособности - при острых интоксикациях ядохимикатами? а) установление группы инвалидности при средней степени тяжести интоксикации; б) может приступить к своей работе при легкой степени интоксикации через 2-3 недели; в) установление группы инвалидности профессионального характера после перенесенной тяжелой интоксикации пестицидами. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в
- 2) а, б
- 3) а
- 4) б, в
- 5) б

99. Укажите основные синдромы при вибрационной болезни: а) ангиодистонический; б) ангиоспастический; в) вегетосенсорная полиневропатия г) вегетомиофасцит; д) вестибулярный. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, д
- 2) а, б, в
- 3) а, г, д
- 4) б, г, д
- 5) все ответы правильные

100. Какие лабораторные и инструментальные методы используются для диагностики вибрационной болезни? а) паллестезиометрия; б) альгезиметрия; в) эхокардиография; г) рентгенография легких; д) капилляроскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) а, б, д
- 3) а, в, д

4) а, в, г

5) б, г, д

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

#### Задача № 1

Больной К., 30 лет, работает клепальщиком в течение 6 лет. Считает себя больным около года. Беспокоят резкие боли в плечевом поясе, особенно в ночное время, пальцы рук немеют и белеют при охлаждении, стал раздражительным.

Объективно: кисти отечные, холодные, цианотичные. Кончики пальцев с ладонной поверхности имеют вид подушек.

Резко снижены все виды чувствительности (болевая, температурная, вибрационная по типу длинных перчаток. При холодовой пробе – симптом «мертвых пальцев», особенно белеют II, IV пальцы обеих рук. Отмечается слабость в приводящих мышцах V пальца на правой руке ограничено, изменена электровозбудимость. Сухожильные и периостальные рефлексy живые. При пальпации определяется значительное уплотнение типа миофасцикулитов в надлопаточных мышцах и мышцах предплечья, мышцы при пальпации болезненны, в местах перехода из сухожилия – крепитация. На рентгенограммах в мелких костях кистей имеются небольшие очаги уплотнения костной ткани. При капилляроскопии – выраженные изменения на обеих руках с преобладанием спастико-атонического состояния капилляров. По данным плетизмографии значительно снижен артериальный приток.

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

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз и проведите врачебно-трудовую экспертизу.

#### Задача № 2

Больной Е., 44 года на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с вредными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодически боль в грудной клетке, повышенную утомляемость. Перкуторный звук над легкими не изменен, при аускультации дыхание везикулярное. Со стороны других органов и систем изменений 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.

Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; проведите врачебно-трудовую экспертизу.



### **Задача № 3**

Больной 50 лет, плотник со стажем работы 22 года. Работа связана с выполнением часто повторяющихся движений в плечевом суставе (подъемы, опускание, приведение, отведение), нередко при большой амплитуде движений в условиях длительного подъема плеча. Больной жалуется на боли в области правого плечевого сустава при физической нагрузке, подъеме и отведении плеча в сторону и назад. Боли в состоянии покоя беспокоят меньше, за исключением ночного периода. Движения вперед-назад вдоль туловища безболезненны, отмечается хруст. Отмечается резкое ограничение движений, осуществляемых вместе с лопаткой. Пальпируются болезненные точки в области большого бугорка головки плеча, в области акромиально-ключичного сочленения. Рентгенограммы плечевых костей: участки склероза в области большого бугорка головки плеча, а также солевые отложения в подакромиальной, поддельтоидной сумках, остеопороз головки плечевой кости. Рентгенограммы шейно-грудного отделов позвоночника без патологии. Динамометрия: слева 30 кг, справа – 15 кг.

### **Задача № 4**

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

Задание: установите предварительный диагноз, составьте план обследования; назначьте лечение, проведите врачебно-трудовую экспертизу.

### **Задача № 5**

Больной К., 40 лет, обратился в медико-санитарную часть станкоинструментального завода. Работает токарем – фрезеровщиком, в течение 11 лет занимается изготовлением неискрящихся резцов из меднобериллиевых сплавов. Концентрация бериллия в воздухе рабочей зоны, по данным заводской лаборатории, колебались в пределах 0,001 – 0,003 мг/м<sup>3</sup>. При этом средства защиты органов дыхания от пыли использовались нерегулярно. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку при ходьбе и приступообразный сухой кашель, которые беспокоят его около года, интенсивно нарастая после острых респираторных заболеваний. Больной не курит. При осмотре отмечается акроцианоз, похудание. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, в нижних отделах прослушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы.

Задание: установите предварительный диагноз и составьте план дальнейшего обследования для уточнения диагноза.

### **Задача № 6**

Больная М., 23 года проработала насосницей в производстве кварцевых ламп, в условиях повышенной температуры и в контакте с большими концентрациями паров ртути в течение 1 года 3 месяца. В анамнезе никаких заболеваний не имелось. Постепенно развилась повышенная утомляемость во время работы, эмоциональная неустойчивость. К врачу не обращалась. Во время периодического медицинского осмотра произведен анализ мочи. Ртуть в моче определялась в количестве 0,02 мл/г. Задание: диагноз, лечение, экспертное заключение.

### **Задача № 7**

Больной В. 38 лет работает на цементном заводе в течение 10 лет. Заболел остро, внезапно на работе появилось слезотечение, чихание, сухой надсадный кашель, затруднение выдоха. При обследовании склеры глаз инъецированы, над легкими ясный легочный звук с небольшим коробочным оттенком, дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Рентгенография легких без изменений. Изменение пробы Тиффно. Задание: какие изменения имеются у больного, их этиология. Экспертиза трудоспособности.

### **Задача № 8**

Больной Ф., 28 лет, работает обрубщиком металлического литья на машиностроительном заводе. В его обязанность входит обрубка крупногабаритных деталей, с помощью рубильного пневматического молотка массой 6,5 кг. Молоток генерирует вибрацию и шум, превышающие санитарные нормы в высокочастотной части спектра. До поступления на машиностроительный завод почувствовал себя здоровым. Заболеваний в анамнезе не отмечал.

Спустя 5 лет после начала работы обрубщиком стали беспокоить боли в предплечьях, снизилась сила в руках и острота слуха на оба уха. Нарушился ритм сна, появились повышенная раздражительность и утомляемость. Объективно: кисти сухие, нормальной окраски, чувствительных и трофических не определяется. Вибрационная чувствительность не нарушена; холодовая проба отрицательная; динамометрия справа 32 кг, слева 28 кг; капилляроскопия: тенденция к венозному застою. При аудиометрии отмечено снижение слуха до 60 дБ на частотах 4000 Гц. Пальпация паравертебральных точек безболезненна. При пальпации мышц плеча отмечена болезненность и участки уплотнений в них больше справа. Боль усиливается при физической нагрузке на мышцы плеча. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Задание: установите и обсудите диагноз. Между какими профессиональными заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

### **Задача № 9**

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, выявлены следующие показатели периферической крови: Hb 140 г/л, число эритроцитов  $4,2 \cdot 10^{12}$  /л, цветовой показатель 0,98, число лейкоцитов  $5,8 \cdot 10^9$  /л, ретикулоцитов 20% ,эритроцитов с базофильной зернистостью 38%. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет. Объективно со стороны внутренних органов без особенностей. Задание: установите предварительный диагноз, составьте план дополнительного обследования. Какие данные необходимо получать дополнительно?

### **Задача № 10**

Больная Л., 54 года, в течение 32 лет работала швеей – мотористкой. За смену обрабатывала по несколько тысяч мешков, которые используются для перевозки муки и различных крупяных изделий. Запыленность воздуха в цехе достигает  $215 \text{ мг/м}^3$ . По своему составу пыль является преимущественно органической, минеральных примесей не содержит. У больной заболевания легких в прошлом не было. Больная не курит, наследственность не отягощена. Последние 5-6 лет больную беспокоит сильный кашель с отделением небольшого количества мокроты, а иногда сухой, першение в горле. Во время отпуска кашель значительно уменьшается. При физическом напряжении беспокоит небольшая одышка, 3-4 раза в год имеет б/л с диагнозом «грипп», «ОРВИ», бронхит. В течение нескольких при обращении за медицинской помощью у больной диагностируют хронический бронхит. При обследовании больной во время проведения периодического профосмотра на фабрике было выявлено умеренное количество рассеяных сухих хрипов в легких. При объективном обследовании: грудная клетка несколько эмфизематозна, перкуторный звук над легкими с небольшим коробочным оттенком. Дыхание жестковатое. В первые дни после поступления у больной выслушивались рассеянные сухие хрипы. При осмотре верхних дыхательных путей выявлена легкая атрофия слизистой задней стенки глотки. При рентгенодиагностике придаточных пазух носа отклонений не отмечено. На рентгенографии легких выявлено небольшое усиление сосудисто-бронхиального рисунка в нижних отделах. Исследование функции внешнего дыхания: выявлены умеренно выраженные явления бронхиальной обструкции. Кожные пробы с экстрактом пшеничной муки и хлопка отрицательные. В период обследования в клинике мокроту больная не выделяла. Температура оставалась нормальной. Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

## Задача 11

Больной К., 46 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, 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. Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

## Задача 12

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

**Задача 13.** Больной Н., 34 г., работал в течение 14 лет формовщиком в литейном цехе. Профессиональные вредности: кварцсодержащая пыль (концентрация в 4 раза превышала ПДК), повышенная температура воздуха в помещении. При поступлении на работу признавался практически здоровым. Через 10 лет от начала работы появились кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость. Объективно: в легких хрипов нет, дыхание ослабленное. ОАК в пределах нормы, при **биохимическом** исследовании крови выявлена небольшая гамма-глобулинемия. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлены эмфизема легких, деформация легочного рисунка за счет мелкопятнистых теней узелкового типа. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

**Задача 14.** Больной 33 года, в течение 12 лет работал на горно-обогатительной фабрике, имел контакт с минеральной пылью, содержащей менее 1% свободной двуокиси кремния (ПДК превышалось в 2 раза) и неблагоприятными температурными условиями. При прохождении им первичного медосмотра (ПМО) признавался практически здоровым, 3 года назад появились кашель со скудной мокротой, одышка при физической нагрузке, обострения 2-3 раза в год. Температура тела не повышалась. При физикальном обследовании: в легких жесткое дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии. При рентгенологическом исследовании легких изменения не обнаружены. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

**Задача 15.** Больной 43 года в течение последних четырех лет работал на предприятии по производству асбестовых изделий, имел контакт с асбестовой пылью, превышающей ПДК в 3 раза. В течение последних 2 лет отмечает кашель с трудноотделяемой мокротой с обострениями 3-4 раза в году, одышку при небольшом физическом напряжении, боли в грудной клетке, общую слабость. При прохождении ПМО признавался практически здоровым. При аускультативном обследовании в легких на фоне несколько ослабленного дыхания определяются единичные рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии. При рентгеноскопическом исследовании ОГК нерезкое усиление легочного рисунка сетчатого характера, утолщение плевры, незначительное уплотнение легочных корней. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

**Задача 16.** Больной 35 лет в течение 16 лет работал забойщиком на угольной шахте, имел контакт с угольной пылью, превышающей ПДК в 4 раза. В течение последних двух лет отмечает кашель с выделением мокроты серого цвета, одышку при физической нагрузке. При физикальном исследовании: грудная клетка расширена в базальных отделах, подвижность нижних краев легких ограничена, перкуторно-коробочный звук над боковыми отделами легких; аускультативно – рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии. При рентгенологическом исследовании ОГК выявлено усиление и деформация легочного рисунка, признаки базальной эмфизем. Задание : Предполагаемый диагноз. Лечение. ВТЭ. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

**Задача 17.** Больной Н., 37 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с незначительным отделением мокроты, боли в области грудной клетки в течение последнего года. Последние годы работал на производстве по изготовлению изделий пиротехники, имел контакт с порошкообразным **аммиаком**. Средствами индивидуальной защиты пользовался не регулярно. Курит с 18 лет. При физикальном исследовании: перкуторно коробочный звук над нижними отделами легких; аускультативно – единичные рассеянные хрипы. ОАК без патологии. На рентгенограмме ОГК – усиление и деформация легочного рисунка, множественные узелковые образования с четкими контурами диаметром 0,5-0,7 см, повышенная прозрачность легочных полей в нижних отделах. Задание :Предварительный диагноз. Лечение. ВТЭ.

**Задача 18.** Больная С., 33 года, жалобы на приступы затрудненного дыхания во время работы в течение последнего года. В выходные дни и в отпускной период приступы отсутствуют. Работает в течение 13 лет на фармацевтическом производстве, имеет контакт с лекарственными препаратами (**антибиотиками**). При ПМО признавалась практически здоровой. Частые респираторные заболевания отрицает. Объективно: со стороны внутренних органов не выявлено. В ОАК эозинофилия. При рентгенологическом исследовании ОГК патология не обнаружена. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

### **Ситуационная задача 19**

Больной, 40 лет, работал обрубщиком в течение 20 лет. Имел контакт с легкой вибрацией (70% **рабочего времени** с параметрами выше ПДУ). Болеет в течение последующих 5-6 лет. Жалобы на постоянные ноющие боли, онемение, слабость пальцев рук, повышенную чувствительность к низким температурам, зябкость, побеление пальцев правой руки. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: функция ЧМН не нарушена. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Координация и статика не нарушены. Отмечается гипергидроз ладоней. Кисти рук цианотичные. Температура кожи рук 25,7о. Паллестециометрия: на руках пороги вибрационной чувствительности повышен на высоте 30 кг. Динамометрия справа 20 кг, слева – 30 кг. РВГ: \*\*\*\* интенсивности пульсового кровенаполнения артерий кистей и предплечий, артериальный тонус повышен, признаки венозного полнокровия. При рентгенографии кистей патологии не выявлено. Задание: предварительный диагноз. Лечение. ВТЭ. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

### **Ситуационная задача 20**

Больной 30 лет, в течение 3 лет работал на предприятии по производству кинескопов. Последние 7 лет работает бухгалтером. Заболел ОРВИ, принимал антибиотики. Отмечено появление на этом этапе значительной одышки, резкий подъем температуры, кашель. В легких выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные узелковые тени в легких. Обнаружено снижение диффузной способности легких. Задание: Предварительный Диагноз. Лечение. ВТЭ. Профилактика и реабилитация данного заболевания.

### **Ситуационная задача 21**

Больная К., 35 лет, в течение 17 лет работала на предприятии химической промышленности в контакте с сероуглеродом с превышением ПДК в 5-10 раз. При ПМО признавалась практически здоровой. Жалобы на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, повышенную утомляемость. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: ЧМН – постоянный горизонтальный нистагмоид в обе стороны. Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде перчаток и носков. Координация и статика в норме. Сухожильные рефлексы оживлены, патологических знаков нет. Гипергидроз кистей и стоп. Колебания АД от 110/70 до 150/90 мм рт. ст. Эмоционально лабильна. Задание: Предварительный диагноз. Лечение. ВТЭ. профилактика и реабилитация данного заболевания.

### **Ситуационная задача 22**

Больной 70 лет, жалобы на постоянную одышку смешанного характера, кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, в течение 3-х месяцев присоединилась субфебрильная температура по вечерам, потливость. В 50-летнем возрасте выставлен диагноз силикоз 1-2 стадии в областном центре профпатологии. Профмаршрут: в течение 14 лет работал проходчиком на шахте ТВМК. После выявления силикоза переведен на другую работу. В настоящее время инвалид по профзаболеванию. Курит много лет. В ОАК СОЭ 30 мм/час. На рентгенограмме ОГК легочной рисунок усилен, легочные поля эмфизематозны, на этом фоне множественные узелковые тени в базальных отделах до 1 см в диаметре, в верхней доле левого легкого очаговая тень размером 2x2 см. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

### **Ситуационная задача 23**

Больной 35 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение больницы. Рабочий предприятия по производству красителей. В результате аварийной ситуации на производстве имел контакт с аминбензолом. Появился внезапный кашель, чихание, головная боль, головокружение, тошнота, слабость. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и слизистые серо-синей окраски. В легких жесткое дыхание, ЧДД 25 в минуту, пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 100-60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза и ожидаемый результат ?). Проведите ВТЭ.

### **Задача 24.**

Больной 42 года, механик авторемонтной мастерской, в день обращения занимался ремонтом автомобиля с плохой вентиляцией. Прежде считал себя практически здоровым. Жалобы на слабость, головную боль, головокружение, тошноту. Объективно: заторможен, кожа бледно розовой окраски. Тоны сердца приглушены, ЧСС 90 в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. В крови HbCO 25%. Задание : установите и обоснуйте диагноз, определите наличие и диагноз осложнений ( какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?). Проведите ВТЭ.

### **Задача 24.**

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. Задание: сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз; проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза.



### **Задача 25.**

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 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена. Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

### **Задача 26 .**

Больной К., 46 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, 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. Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

### **Задача 27**

Больной Д., 51 год, в течение 6 лет работает по размолу кварцевого песка. Основными жалобами являются кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, боли в грудной клетке, одышка при небольших физических нагрузках, боли в суставах рук и ног. Объективно: пониженное питание, кожа сухая, слегка шелушится; атрофия мышц кистей; межфаланговые суставы кистей деформированы; пальцы в состоянии ладонной флексии; контуры лучезапястных суставов сглажены, движение в них ограничено. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно на всем протяжении коробочный звук. Аускультативно; ослабленное дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы, под левой лопаткой - мелкопузырчатые влажные хрипы. БК в мокроте не найдены, реакция Манту отрицательная. Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля в базальных отделах эмфизематозны. Легочный рисунок диффузно усилен и деформирован; на фоне него имеются множественные мелкие плотные очаги, местами сливающиеся. Корни легких расширены, уплотнены. Задание: сформулируйте диагноз, назначьте лечение, проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача 28.** Больной Ф. 42 лет был госпитализирован в отделение профпатологии с жалобами на периодически появляющийся сухой кашель, одышку при значительных физических нагрузках, боли в области лопаток. Кашель и одышка стали беспокоить около двух лет. Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре объективных изменений не отмечается. При перкуссии в нижнебоковых отделах перкуторный звук лёгочный с коробочным оттенком, подвижность нижних краёв лёгких не изменена. При аускультации выслушиваются сухие хрипы в большом количестве. Тоны сердца несколько ослаблены, ритм правильный. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений –78 в минуту. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При рентгенографии грудной клетки отмечаются деформация и усиление лёгочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах. Видны немногочисленные узелковые тени размером 2-3 мм округлой формы. Сосудистый рисунок прослеживается хорошо. Корни лёгких расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов лёгких повышена. При спирометрическом исследовании выявлены значительные нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, генерализованная обструкция, жизненная ёмкость лёгких снижена умеренно. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда больной в течение 18 лет работал формовщиком в цехе чугунолитейного производства в условиях воздействия кремнийсодержащего аэрозоля (содержание свободного диоксида кремния от 14 до 25%) в концентрации от 10 до 16 мг/м<sup>3</sup>. Задание: сформулируйте диагноз, назначьте лечение, проведите экспертизу трудоспособности.

### **Задача 29**

Больной З. 44 лет был направлен на консультацию к профпатологу с жалобами на периодические боли в грудной клетке, сухой кашель, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. При перкуссии звук не изменён, при аускультации выслушивается несколько ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца несколько ослаблены, ритм правильный. При рентгенологическом исследовании: прозрачность лёгочных полей не изменена, лёгочный рисунок умеренно усилен и деформирован с обеих сторон. В верхней доле левого лёгкого определяются полиморфные очаговые тени. Небольшие плевродиафрагмальные спайки слева. При спирометрическом исследовании изменений не выявлено. Анализы крови и мочи в норме. Больной работает огнеупорщиком в течении 15 лет на металлургическом производстве. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда вредными производственными факторами являются запылённость воздуха рабочей зоны аэрозолем с содержанием свободного диоксида кремния до 70%. Превышение предельно допустимой концентрации (1 мг/м<sup>3</sup>) в 40-50 раз. В выписке о перенесённых заболеваниях редкие респираторные вирусные инфекции. Курит около 20 лет. При проведении последнего периодического медицинского осмотра (около года назад) жалоб не было, при флюорографии—умеренное усиление и небольшая деформация лёгочного рисунка, при аускультации —ослабленное везикулярное дыхание. Задание: сформулируйте диагноз, обоснуйте его, назначьте дополнительное обследование, лечение, проведите экспертизу трудоспособности.

### **Задача 32**

Больной Ж., 38 лет, по результатам периодического медицинского осмотра был направлен на расширенное обследование в профцентр. При поступлении жалобы на преимущественно сухой кашель, изредка с небольшим количеством слизистой мокроты. Согласно данным анамнеза и выписке из амбулаторной карты о перенесённых заболеваниях кашель стал беспокоить больного около 3 лет назад. На прошлых ежегодных медицинских осмотрах жалоб на кашель не предъявлял и за медицинской помощью не обращался. В анамнезе редкие респираторные заболевания (в среднем 1 раз в три года). Не курит. Объективно: грудная клетка обычной формы, Перкуторный звук в нижних отделах лёгочный с коробочным оттенком. Подвижность нижних краёв лёгких не изменена, дыхание везикулярное, диффузно ослаблено, периодически выслушиваются рассеянные сухие хрипы. На флюорограмме лёгких небольшое усиление лёгочного рисунка. Функция внешнего дыхания в пределах нормы. Общий анализ крови, сиаловые кислоты, серомукоид, СРБ в норме. Электрокардиограмма без патологии. Со слов больного он работал в течение 15 лет обрубщиком в литейном цехе на станкостроительном предприятии. Задание: установите предварительный диагноз. Какую информацию необходимо получить для подтверждения диагноза?

### **Задача 30**

Больной П., 51 года обратился с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, боли в грудной клетке, одышка при небольших физических нагрузках, ломящие боли в суставах кистей и стоп, голеностопных и лучезапястных суставах, утреннюю скованность в суставах в течение 2-3 часов. Объективно: пониженного питания, атрофия мышц кистей и стоп, деформация суставов кистей, стоп, голеностопных и лучезапястных суставов, движения в суставах ограничены. Грудная клетка бочкообразной формы с расширенными межрёберными промежутками. Перкуторно коробочный звук. Аускультативно –ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах трескучие хрипы. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, число сердечных сокращений 90 в минуту, Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. В общем анализе крови: СОЭ –30 мм/час. В биохимическом анализе крови: СРБ (++) , сиаловые кислоты –4,2 ммоль/л, церулоплазмин –2,8 мкмоль/л, ревматоидный фактор не обнаружен. Реакция Манту отрицательная. Анализ мокроты на наличие микобактерий туберкулёза методом люминесцентной микроскопии (трёхкратно) отрицателен. При спирометрии: резкие нарушения функции внешнего дыхания по смешанному типу, генерализованная обструкция, жизненная ёмкость лёгких снижена значительно. На ЭКГ –Синусовый ритм, вертикальное положение электрической оси сердца, умеренные метаболические изменения миокарда. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны, лёгочный рисунок значительно усилен, деформирован. Преимущественно в нижних и средних отделах имеются множественные плотные округлые тени диаметром от 2 до 7 мм, местами сливающиеся. Корни лёгких расширены, уплотнены. Имеются плевродиафрагмальные спайки. Рентгенография кистей рук: По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда больной в течение 10 лет работал оператором по размолу кварцевого песка. Аэрозоль высокофиброгенный с содержанием свободного диоксида кремния до 50%, концентрацией до 15-20 мг/м. Производственный контакт с диоксидом кремния прекращён 12 лет назад. При прекращении работы на контрольной флюорографии патологии не обнаружено. Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз; назначьте лечение, проведите экспертизу трудоспособности.

### **Задача 31**

Больной С., 43 лет, в течение 18 лет работает забойщиком на угольной шахте. Во время очередного периодического медицинского осмотра при рентгенологическом исследовании были обнаружены изменения в виде усиления, умеренной деформации лёгочного рисунка в средних и нижних отделах обоих лёгких. Здесь же наблюдались единичные узелковые тени. В базальных отделах прозрачность лёгочных полей повышена. Активных жалоб не предъявлял. При детальном расспросе больной отмечал сухой кашель, появление одышки при физической нагрузке, которая ранее одышку не вызывала. В анамнезе редкие респираторные вирусные инфекции. Курит 1-3 сигарет в день. При объективном обследовании: перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, несколько ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, число сердечных сокращений 76 в мин., артериальное давление –130/85 мм

рт.ст. При спирометрическом исследовании: жизненная ёмкость лёгких 90% от должного, скоростные показатели не изменены. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда больной подвергался 100% рабочего времени воздействию углерод-и кремнийсодержащего промышленного аэрозоля с содержанием свободного диоксида кремния –3-6%. Концентрация аэрозоля 10-14 мг/м при предельно-допустимой концентрации –6 мг/м. Задание: сформулируйте диагноз, назовите дополнительные методы исследования и консультации, проведите экспертизу трудоспособности, определите реабилитационные мероприятия.

### **Задача 33**

Больной А., 46 лет, в течение 10 лет работал на предприятии по производству флуоресцирующих составов контакте с различными соединениями бериллия. До настоящего заболевания жалоб не предъявлял, считал себя здоровым человеком. Пять месяцев назад больного стали беспокоить жалобы на слабость, утомляемость, одышку при обычной ходьбе, боли в грудной клетке в области лопаток, снижение веса на 11 килограмм, боли в суставах, миалгии, повышение температуры до 38-39 градусов. При объективном обследовании 20 дыхательных движений в минуту, цианоз, увеличение, околоушных и локтевых лимфатических узлов. Лимфатические узлы размером с горошину, мягкой консистенции, подвижные безболезненные. Перкуторно звук лёгочный с коробочным оттенком, подвижность нижнего лёгочного края ограничена. При аускультации выслушиваются крепитирующие хрипы в нижних отделах лёгких, справа –шум трения плевры. Тоны сердца глухие, число сердечных сокращений –1-2 в минуту. При исследовании газов крови определяется гипоксемия, нарастающая при физической нагрузке. При спирометрии выявлены умеренные рестриктивные изменения. На ЭКГ –синусовый ритм, увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF; признаки умеренно выраженных изменений в миокарде. В периферической крови количество эритроцитов – $6 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобина –178 г/л, СОЭ –3 мм/час. На рентгенограммах грудной клетки: деформация лёгочного рисунка, множественные диффузно расположенные мелкоочаговые тени, увеличение бронхопультмональных лимфоузлов, явления перифокальной эмфиземы, По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда концентрация бериллия в воздухе рабочей зоны составляла 0,02 мг/м<sup>3</sup>. при ПДК –0,001 мг/м<sup>3</sup>. Средства защиты органов дыхания применялись нерегулярно. Задание: сформулируйте диагноз. Какие дополнительные исследования желательно провести? С какой патологией проводится дифференциальная диагностика? Назначьте лечение и проведите экспертизу трудоспособности.

### СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Титульный лист (отдельная страница)

1. Паспортная часть.
2. Профессиональный анамнез (Профмаршрут)
3. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работающих
4. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
5. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
6. Анамнез жизни.
7. Данные объективного исследования больного.
8. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
9. План обследования.
10. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
11. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
12. Дифференциальный диагноз.
13. Этиология и патогенез (только для академической истории болезни)..
14. Патологоанатомические изменения в органах (только для академической истории болезни).
15. Лечение основного заболевания (только для академической истории болезни).
16. Лечение больного и его обоснование.
17. Прогноз.
18. Профилактика (первичная и вторичная).
19. Эпикриз.
20. Дневник курации.
21. Список использованной литературы.

## Титульный лист

Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б. Н. Ельцина  
Медицинский факультет  
Кафедра терапии #1

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного, возраст  
Окончательный диагноз:

Зав. Кафедрой:  
Преподаватель:

Куратор студент  
.... группы (Ф.И.О.)  
Время курации:  
с «\_\_» по «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

## **Паспортная часть**

Фамилия, имя и отчество больного. Дата рождения.

Семейное положение.

Профессия, место работы.

Адрес.

Дата поступления в клинику.

Дата выписки.

Число проведенных в клинике койко-дней.

Исход болезни: выздоровление, улучшение, ухудшение, смерть (подчеркнуть).

Диагноз направившего лечебно-профилактического учреждения. Диагноз при поступлении.

Клинический диагноз: основной, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания.

## **Профессиональный анамнез (Профмаршрут)**

Полный возраст. Образование больного. С какого возраста имеет право выхода на пенсию.

Перечислить профессии на протяжении всей трудовой деятельности. Обратить внимание на работу во вредных условиях производства: на каком предприятии, кем работал, в какие годы, сколько лет, трудоустроен с какого года, по какому заболеванию (профессиональному или общему). Кем работает в настоящее время, когда был поставлен диагноз профессионального заболевания (какой), при наличии установленного профессионального заболевания имеет ли проценты утраты профессиональной трудоспособности и группу инвалидности в настоящее время. Составлена ли ПРП, по какой год.

## **Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работающих**

Описание особенностей выполняемой работы, наличие неблагоприятных производственных факторов (шум, вибрация, пыль, токсические вещества, функциональное перенапряжение). Количественная характеристика вредного фактора по сравнению с ПДК или ПДУ: максимальная разовая концентрация, среднесменная концентрация в динамике за последние годы, % рабочего времени за смену, связанного с действием профвредностей. Использование средств индивидуальной защиты. Регулярность проведения периодических медицинских осмотров на предприятии. Заключение врача-гигиениста по классу условий труда и возможности развития профессионального заболевания.

## **Жалобы больного**

Выделить жалобы, характерные для клинической картины профессионального заболевания; каждую жалобу больного следует детализировать, дополнительные жалобы излагаются кратко.

## **АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

С какого времени человек считает себя больным. Когда впервые была заподозрена профессиональное заболевание: при проведении очередного периодического медицинского осмотра или больной сам обратился к врачу. Результаты периодических медицинских осмотров. Дальнейшее появление новых симптомов, их усиление или ослабление. Указать, обследуется ли больной в профпатологическом центре впервые. Для повторно направленных больных отразить обострение заболевания, его динамику. Какие проводились лечебно-оздоровительные мероприятия, указанные в ПРП, их эффективность. Оценить динамику функциональных нарушений, развившихся за последние годы.



Например:

Считает себя больным с июня 1998 г., когда впервые возникло затруднение дыхания, чувство заложенности в груди, кашель с трудноотходящей мокротой во время цветения тополя. В первое время подобные жалобы появлялись редко, лишь при контакте с пухом тополя, поэтому по данному поводу к врачам не обращался. Однако в течение последних 2-3 лет появились приступы экспираторной одышки при контакте с домашней пылью, с холодным воздухом. Приступы удушья учащались на фоне ОРВИ. В связи с чем в 2002 г. при очередном ухудшении самочувствия обратился в поликлинику по месту жительства. На спирометрии выявлено уменьшение ОФВ1, положительная проба с беротеком. Был установлен диагноз: Бронхиальной астмы, смешанного генеза (атопическая, инфекционно-зависимая), легкая интермиттирующая. Рекомендован прием беротека по требованию. С января 2004 г. после ОРВИ появились приступы удушья по ночам 2-3 раза в месяц и ежедневно в дневное время, незначительно ограничивающие физическую активность. Стал чаще пользоваться беротеком.

Настоящая госпитализация – после переохлаждения неделю назад участились приступы удушья, до 6 раз в день стал пользоваться беротеком. На третий день обострения ингаляции беротека стали практически не эффективными. С целью лечения и обследования в экстренном порядке госпитализирован на пульмонологическое отделение. За время нахождения в стационаре отмечает улучшение самочувствия, уменьшилась одышка, стала отходить мокрота.

### **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

Перенесенные заболевания в течение жизни. Каково было состояние больного перед поступлением на производство; не перенес ли он заболевания, которые могли бы повысить чувствительность организма к неблагоприятному воздействию производственных факторов. Установлены ли случаи аналогичных профзаболеваний у лиц, работающих в сходных производственных условиях. Наследственные заболевания. Употребление алкоголя, курение (стаж, ИКЧ). Для женщин гинекологический анамнез: менструации и их характер, беременности, роды, их течение, развитие и здоровье детей. Семейное положение. Аллергологический анамнез, в том числе переносимость лекарств. Перенесенные операции, травмы.

### **Данные объективного исследования больного**

Оценка тяжести общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Сознание (ясное, спутанное, soporозное, коматозное). Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). Телосложение (правильное, наличие сколиоза или других деформаций грудной клетки, особенности строения черепа и т. д.). Рост. Вес. Тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник).

Кожа и слизистые оболочки: окраска (бледность, цианоз, желтушность, пигментация), эластичность, плотность, влажность. Сыпи, рубцы, расчёсы, изъязвления, сосудистый рисунок. Волосяной покров (выпадение волос, недостаточное или чрезмерное оволосение и его распределение). Ногти, их форма, ломкость. Подкожная жировая клетчатка, её распределение, толщина кожной складки на уровне пупка. Отеки - их локализация, характер, теплые или холодные, изменение кожи над отеками.

Лимфатические узлы: описание по группам величины, консистенции, болезненности, подвижности, спаянности между собой и с кожей. Описание зева, миндалин.

Описание щитовидной железы: величина, наличие узлов, консистенция, болезненность при пальпации. Глазные симптомы (экзофтальм, симптомы Грефе и Мебиуса).

Опорно-двигательный аппарат: степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении.

### **Система органов кровообращения.**

Пульс, его частота, ритм, напряжение, наполнение, высота пульсовой волны. Сравнение пульса правой и левой руки (симметричность). Сосудистая стенка вне пульсовой волны прощупывается или нет. Осмотр и ощупывание доступных пальпации артерий в различных областях тела (височных, сонных артерий и артерий верхних и нижних конечностей). Наличие шума над почечными артериями.

Состояние вен – осмотр и ощупывание вен, набухание шейных вен, венозные коллатерали брюшной и грудной стенки, варикозное расширение вен.

Артериальное давление на правой и левой руке.

Осмотр и ощупывание сердечной области. Выпячивание области сердца (сердечный горб).

Верхушечный толчок, его локализация, сила и протяженность, при наличии описание сердечного толчка, диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, эпигастральной и ретростеральной пульсаций. Перкуссия границ относительной и абсолютной сердечной тупости (по межреберьям). Перкуссия сосудистого пучка в 1 и 2 межреберье с двух сторон от грудины.

Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Сила, характер, ритм, расщепление и раздвоение тонов, акценты. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. Изменение шумов после физического напряжения и при перемене положения тела. Шум трения перикарда. Кроме словесной характеристики, в истории болезни нарисовать «фонокардиограмму» определяемую над всеми точками выслушивания сердца.

### **Система органов дыхания.**

Форма грудной клетки, ее деформация или асимметрия. Состояние межреберий, западение отдельных частей грудной клетки. Тип дыхания. Состояние дыхания (равномерность движения грудной клетки при дыхании, отставание той или иной половины). Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер.

Ощупывание ребер, грудины, межреберий (припухлость, деформация, болезненность). Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон).

Топографическая перкуссия легких: Перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям.

Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного тона в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям.

Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры.

Система органов пищеварения и брюшной полости.

### **Осмотр полости рта и зева (язык, зубы, десны, нёбо).**

Живот — участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, выбухание брюшной стенки в отдельных областях, вздутие, грыжи, расхождение прямых мышц, состояние пупка. Видимая перистальтика.

Поверхностная пальпация живота: в подложечной области, в подреберьях, в боковых, околопупочном и подвздошных отделах, над лоном. Определение болезненности, а также зон повышенной чувствительности. Глубокая пальпация кишечника и желудка (область пальпации, форма, подвижность, уплотнение, плеск, урчание). При пальпации новообразований указывается их локализация, размер болезненность. Определение методом перкуссии наличия свободной жидкости в брюшной полости в различных положениях больного, феномен флюктуации.

Перкуторное определение размеров печени по Курлову. Пальпация печени и определение степени ее выступа из-под реберной дуги, консистенция, болезненность, характер края.

Наличие пульсации печени. Пальпация желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Ортнера.

При исследовании поджелудочной железы проводится глубокая пальпация в холедохо-панкреатико-дуоденальной зоне и в области между пупком и левым подреберьем (по Гротту). Указываются болезненность, увеличение размеров.

Селезенка. Пальпация селезенки (выстояние нижнего полюса из-под реберной дуги, плотность, болезненность, характер края). Перкуторное определение ее границ по Курлову.

Система мочевого выделения. Пальпация почек, их форма, величина, оценивается болезненность при поколачивании по поясничной области с двух сторон.

Нервная система: психическое состояние. Вегетативная нервная система (побледнение кожи или покраснение, похолодание конечностей, акроцианоз, слюнотечение, потливость). Особенности походки. Зрачковые, сухожильные и кожные рефлексы. Патологические рефлексы. Тремор.

### **Предварительный диагноз и его обоснование**

Предварительный диагноз должен логически вытекать из фактов, полученных при выяснении жалоб, сборе анамнеза и объективном исследовании больного. Перед формулировкой предварительного диагноза следует его обоснование:

На основании жалоб больного (каких именно .....), данных анамнеза (болезни, жизни .....), и данных объективного обследования (каких, конкретно .....), можно поставить предварительный диагноз: ... .. . В формулировке предварительного диагноза должны быть выделены: основное заболевание, осложнения и сопутствующие.

Обосновывается основное заболевание (если их несколько, то каждое отдельно), осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания.

Например:

На основании жалоб на интенсивные боли в эпигастриальной области, возникающие после еды, купирующиеся приемом антацидов (Маалокса или Омепразола), отрыжки воздухом;

анамнеза заболевания: Подобные боли впервые возникли 5 лет назад и повторялись ежегодно, каждую осень;

анамнеза жизни: Питание нерегулярное, психоэмоциональные перегрузки на работе, отец умер от прободения язвы желудка в возрасте 60 лет;

объективных данных: При пальпации имеется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в эпигастриальной области можно поставить предварительный диагноз: Язвенная болезнь, в стадии обострения. Язва желудка.

### **План обследования больного**

При составлении плана обследования больного следует учитывать, что его проведение преследует две цели:

- доказательство (верификация) основного предварительного диагноза и исключение других заболеваний со сходной клинической симптоматикой (дифференциальная диагностика), и
- определение общего функционального статуса больного.

План обследования должен включать все необходимые для больного лабораторные и инструментальные исследования и объяснение, с какой целью будет применяться тот или иной метод обследования.

Данные лабораторных и инструментальных исследований и заключения консультантов (копируются из истории болезни курируемого больного)

В учебной истории болезни следует сделать выводы по выявленным изменениям в лабораторных исследованиях.

### **Обоснование основного профессионального диагноза**

Учитывается профмаршрут, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работающего, отсутствие заболевания при поступлении на работу по данным предварительного осмотра, типичные заболевания у лиц аналогичных профессий. Жалобы, анамнез (начало и динамика заболевания в течение последних 2–3 лет), объективное исследование больного, оцениваются результаты дополнительных методов исследования (лабораторных, инструментальных, функциональных). При формулировке профессионального заболевания указывается этиология, морфология, стадия или степень процесса, основные клинические синдромы, степень функциональных нарушений, осложнения. Сопутствующие заболевания (от общих причин) перечисляются без обоснования.

**Пример: Силикоз, II стадия, интерстициально-гранулематозная форма, медлен- но прогрессирующее течение ХОБЛ ср. степени тяжести, обострение. Буллезная эмфи- зема легких, ДН I–II ст.**

#### **Дифференциальный диагноз (только для академической истории болезни)**

Анализ и синтез должны подвергаться не только жалобы, анамнез и объективные данные, но и результаты лабораторного и инструментального исследований. За основу берется один из ведущих симптомов диагностированного заболевания, и затем последовательно сопоставляются те заболевания, при которых встречается данный симптом (не менее двух заболеваний). В результате сравнения заболеваний делается вывод о диагнозе больного.

Например:

Ведущим симптомом в клинике заболевания являются боли в эпигастральной области. Подобные жалобы могут встречаться при абдоминальной форме инфаркта миокарда. Боли при инфаркте миокарда чаще всего связаны с физической нагрузкой или психоэмоциональным напряжением, не связаны с приемом пищи, плохо купируются нитратами и не проходят после приема антацидов, блокаторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов. Подобные боли могут возникнуть впервые или им могут предшествовать эпизоды болей, возникающих при физической нагрузке или психоэмоциональном напряжении, купирующиеся нитроглицерином. У пациента боли в эпигастрии возникают после приема пищи, не связаны с физической нагрузкой, купируются приемом антацидов, блокаторов протонной помпы. В анамнезе имеется сезонность обострений в осенний период. На ЭКГ в острую стадию инфаркта миокарда выявляется подъем сегмента S-T более, чем на 2 мм над изолинией, патологический зубец Q. У пациента сегмент S-T на изолинии. В биохимическом анализе крови могут увеличиваться КФК-MB, тропонин, миоглобин. У пациента данные показатели в биохимическом анализе крови в пределах нормы. При инфаркте миокарда на ЭХО-КГ выявляются участки дискинезии миокарда. У пациента на ЭХО-КГ отсутствуют участки гипо/акинезии миокарда. Однако при ФГДС выявлена язва тела желудка.

#### **Этиология и патогенез заболевания (только для академической истории болезни).**

Изложение этого раздела заключается в описании причин, вызвавших возникновение и развитие заболевания. Указываются современные взгляды (с учетом материалов лекций и практических занятий) на этиологию основного заболевания.

При описании патогенеза приводится общепринятая теория патогенеза описываемого заболевания.

#### **Патологоанатомические изменения в органах (только для академической истории болезни).**

В этом разделе описываются предполагаемые морфологические изменения внутренних органов, картину которых можно себе представить по клиническим симптомам и данным инструментальных и лабораторных исследований.

#### **Лечение**

**Включает все виды, применяемые для лечения основного заболевания, его осложнений, сопутствующих заболеваний.**

Режим в течение всего времени пребывания больного в стационаре. Диетический стол. Назвать группы этиопатогенетических средств, применяемых для лечения основного заболевания; указать препараты, которые получает больной в стационаре. Другие методы лечения и реабилитации больных (ЛФК, ФТЛ и др.).

#### **Профилактика первичная и вторичная**

Первичная профилактика включает соблюдение санитарно- гигиенических мероприятий, индивидуальный здоровый образ жизни (конкретные рекомендации).

Вторичная профилактика — мероприятия по предупреждению обострений имеющегося заболевания (образ жизни, питание, прием медикаментозных средств, ФТЛ, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение).

### **Прогноз заболевания**

Прогноз заболевания ставится в следующих направлениях: в отношении выздоровления, жизни, а также временной или постоянной потери трудоспособности, с учетом труда и быта больного.

### **Выписной эпикриз**

Является заключительным разделом истории болезни, в котором должны быть кратко представлены основные клинические данные с оценкой индивидуальных особенностей течения болезни, проведенного лечения и дальнейшего прогноза.

В эпикризе необходимо отразить следующие пункты:

1. Паспортные данные. ФИО, возраст, профессия, поступил в стационар – экстренно или в плановом порядке, по какому поводу (причина госпитализации).
2. Жалобы (основные).
3. В клинике наблюдалось (указать только выявленные объективно отклонения со стороны общего состояния, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, нервной системы); со стороны крови (назвать изменения), со стороны мочи (назвать изменения), со стороны биохимических показателей (назвать изменения); изменения на ЭКГ, при рентгенологическом исследовании, при инструментальном обследовании, при консультации специалистов (привести заключения).
4. Клинический диагноз
5. Лечение, которое проводилось в стационаре: В стационаре проводилась терапия (режим, диета, указать группы препаратов, названия физиотерапевтических процедур, ЛФК), другие виды лечения. Под влиянием терапии состояние больного улучшилось, осталось без перемен или ухудшилось (в чем выражалось).
6. Прогноз в отношении трудоспособности благоприятный (неблагоприятный). Нуждается или нет в направлении на МСЭК.
7. Особенности разбираемого наблюдения: охарактеризовать, чем данное наблюдение отличается от классического описания.
8. Больной выписывается из стационара или передается для дальнейшей курации (дата) со следующими рекомендациями. Подробно привести рекомендации по режиму физической активности, диете, приему лекарств с названиями конкретных препаратов и их доз, вызову врачей на дом и дальнейшей диспансеризации в условиях стационара, поликлиники или врачами общей практики.

### **Список использованной литературы**

Указываются литературные источники, которые были использованы при написании истории болезни.

Дневник курации (прилагается к истории болезни)

Ведется ежедневно по указанному ниже образцу. Включает следующие основные разделы: дата, дневник, назначения. В дневнике необходимо отразить динамику состояния больного.

Дата

Ежедневные записи

Назначения

Жалобы (на момент осмотра и за истекшие сутки)

Объективный статус:

Режим, диета. Исследования (конкретно) Лекарственная терапия (названия препаратов, разовые дозы, время приема, введения, ....)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка
1.	Убедительность ответа	0-10
2.	Понимание проблематики	0-30
3.	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4.	Ключевые слова: их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5.	Логичность и последовательность устного высказывания.	0-10
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка
1.	Правильность оценивания ситуации	0-20
2.	Правильность выбора алгоритма действий	0-40
3.	Правильность выбора дополнительных мер безопасности.	0-40
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

№ п/п	Наименование показателя	Отметка
<b>ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ</b>		70
1.	Титульный лист с заголовком	0-4
2.	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, рисунки)	0-10
3.	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы.	0-40
4.	Слайды представлены в логической последовательности.	0-10
5.	Слайды распечатаны.	0-6
<b>ДОКЛАД</b>		30
1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-12
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3.	Выполнение регламента	0-8
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

При проведении презентации

0-59% - 0-7 баллов оценка «неудовлетворительно»

60-74% - 8-9 баллов оценка «удовлетворительно»

75-84% - 10-11 баллов оценка «хорошо»

85-100% - 12-13 баллов оценка «отлично»

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

0-59% - (0-11 правильных ответов), то это составляет 0-7 баллов оценка «неудовлетворительно»;

60-74% - (12-14 правильных ответов), то это составляет 8-9 баллов оценка «удовлетворительно»;

75-84% - (15-17 правильных ответов), то это составляет 10-11 баллов оценка «хорошо»;

85-100% - (18-20 правильных ответов), то это составляет 12-13 баллов оценка «отлично».

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАЧЕТА С ОЦЕНКОЙ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ, УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ»):

№	Наименование показателя	Отметка
1.	Вопрос 1.	0-100
2.	Вопрос 2.	0-100
3.	Ситуационная задача	0-100
	<b>Всего баллов</b>	<b>Среднее арифметическая (сумма баллов /3)</b>

## УСТНЫЙ ОПРОС:

При оценке УСТНОГО ОТВЕТА на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.

2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.

3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.

3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой 85-100% (**16-20 баллов**) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

Этиологию, патогенез, клиническую картину наиболее часто встречающихся форм профессиональных болезней

Особенности диагностики профессиональных болезней

Дифференциальный диагноз между профессиональными и непрофессиональными заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину

Деонтологические нормы, этику врача в процессе курации больных

Вопросы лечения, профилактики, экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации профессиональных болезней.

Знать принципы организации и оказания неотложной медицинской помощи при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях).

*Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.*

Отметкой 75-84% (**10-15 баллов**) оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

Этиологию, патогенез, клиническую картину наиболее часто встречающихся форм профессиональных болезней

Особенности диагностики профессиональных болезней

Дифференциальный диагноз между профессиональными и непрофессиональными заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину

Деонтологические нормы, этику врача в процессе курации больных

Вопросы лечения, профилактики, экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации профессиональных болезней.

Знать принципы организации и оказания неотложной медицинской помощи при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях).

*Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.*

Отметкой 60-74% **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

Этиологию, патогенез, клиническую картину наиболее часто встречающихся форм профессиональных болезней

Особенности диагностики профессиональных болезней

Дифференциальный диагноз между профессиональными и непрофессиональными заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину

Деонтологические нормы, этику врача в процессе курации больных

Вопросы лечения, профилактики, экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации профессиональных болезней.

Знать принципы организации и оказания неотложной медицинской помощи при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях).

*Допускается несколько ошибок в содержании ответа.*

Отметкой 0-59 % **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

*Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.*

## **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ**

**(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)**

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой 85-100% **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

анализировать данные профессионального анамнеза больного для определения возможного влияния производственных факторов на состояние здоровья.

Уметь проводить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры работающих.

Анализировать механизмы действия неблагоприятных факторов производственной среды, вызвавших развитие профессиональной болезни.

Проводить целенаправленное обследование больных для выявления клинических признаков, свидетельствующих о влиянии неблагоприятных факторов производственной среды.

Проводить дифференциальную диагностику между предполагаемыми профессиональными и непрофессиональными болезнями, имеющими сходную клиническую картину.



Выявлять конкретные особенности течения данной профессиональной болезни.  
Определять степень и стойкость функциональных нарушений пораженных органов и систем.

Правильно рекомендовать необходимые лечебные мероприятия для больных, имеющих профессиональные болезни.

Оказывать неотложную медицинскую помощь при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях).

На основании клинической картины, степени функциональных нарушений, условий труда, профессии больного решать вопросы о его трудоспособности и трудоустройстве.

Ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы.

**Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.**

Отметкой 75-84% (**4-7 баллов**) оценивается ответ, при котором студент:

-умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;

Анализировать механизмы действия неблагоприятных факторов производственной среды, вызвавших развитие профессиональной болезни.

Проводить целенаправленное обследование больных для выявления клинических признаков, свидетельствующих о влиянии неблагоприятных факторов производственной среды.

Проводить дифференциальную диагностику между предполагаемыми профессиональными и непрофессиональными болезнями, имеющими сходную клиническую картину.

Выявлять конкретные особенности течения данной профессиональной болезни.

Определять степень и стойкость функциональных нарушений пораженных органов и систем.

Правильно рекомендовать необходимые лечебные мероприятия для больных, имеющих профессиональные болезни.

Оказывать неотложную медицинскую помощь при острых профессиональных заболеваниях (отравлениях).

На основании клинической картины, степени функциональных нарушений, условий труда, профессии больного решать вопросы о его трудоспособности и трудоустройстве.

При этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы.

**Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.**

Отметкой 60-74% (**1-3 балла**) оценивается ответ, при котором студент

не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

очень слабо анализирует механизмы действия неблагоприятных факторов производственной среды, вызвавших развитие профессиональной болезни.

проводит целенаправленное обследование больных для выявления клинических признаков, свидетельствующих о влиянии неблагоприятных факторов производственной среды.

медленно проводит дифференциальную диагностику между предполагаемыми профессиональными и непрофессиональными болезнями, имеющими сходную клиническую картину.

ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы.

**Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.**

Отметкой 0-59% (**0 баллов**) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ**

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Курс 4, 8 семестр, 2 ЗЕТ, Зачет с оценкой.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля	
					1 цикл	2 цикл
Модуль 1						
Предмет профессиональной патологии. Пылевые болезни легких.	текущий контроль	Учитывается активность и посещаемость. Теоретический опрос. Курация больного (чтение Рентгенографии, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. СРС: - подготовка и защита доклада с презентацией; - решение ситуационных задач. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	20	35	27 неделя	36 неделя
	рубежный контроль	Тесты; Ситуационные задачи.	3	5		
Модуль 2						

Профессиональные заболевания от воздействия физических факторов производственной среды и от воздействия токсико-химических факторов.	текущий контроль	Учитывается активность и посещаемость. Теоретический опрос. СРС: - подготовка и защита доклада с презентацией; - решение ситуационных задач. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	14	25	32 неделя	41 неделя
	рубежный контроль	Тесты; Ситуационные задачи.	3	5		
ВСЕГО за семестр			40	70		
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)	Тесты; Отчет по истории болезни.		20	30	32 неделя	41 неделя
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100		

**ВОПРОСЫ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ:**

1. Основные виды трудовой деятельности и обязанности цехового врача.
2. На основании каких документов проводятся обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры трудящихся, подвергающихся воздействию вредных и неблагоприятных условий труда? Краткое содержание приложений к данному документу.
3. Какие болезни относятся к профессиональным, какие — к производственным травмам?
4. Документация, необходимая для решения вопроса о связи заболевания с выполняемой работой (профессиональное заболевание). Кто ее должен составлять?
5. Значение санитарно-гигиенической характеристики условий труда для установления диагноза профессиональной болезни.
6. Особенности обследования больного для выявления у него профессиональной болезни.
7. Каким лечебно-профилактическим учреждениям дано право первичного установления диагноза хронических и острых профессиональных болезней (интоксикаций)?
8. Цель предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров.
9. Какими директивными документами (название и содержание) необходимо руководствоваться при организации и проведении профилактических медицинских осмотров трудящихся, подвергающихся воздействию вредных факторов производственной среды?
10. По каким критериям следует оценивать качество профилактических медицинских осмотров?
11. Перечислите индивидуальные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, назначаемые профессиональном заболевании или при подозрении на него.
12. Назовите коллективные лечебно-профилактические санитарно-гигиенические мероприятия, которые необходимо провести, основываясь на результатах профилактических осмотров.
13. Понятие о трудоспособности и видах ее нарушения.
14. Основные задачи ВТЭ в клинике профессиональных болезней.
15. Льготы для лиц, имеющих профессиональные заболевания и интоксикации.
16. Понятие о регрессном иске при профессиональных болезнях.
17. Понятие о временной утрате трудоспособности и показания к ее установлению.
18. Понятие о трудовом больничном листе, показания к его выдаче и максимальный срок продолжения.
19. Основные функции ВТЭК.
20. Понятие о группе инвалидности и критерии для их определения.
21. Сроки переосвидетельствования инвалидов I, II и III . В как их случаях устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования?
22. Какие случаи переосвидетельствования инвалидов проводятся в более укороченные сроки?
23. Мероприятия по социально-трудовой и медицинской реабилитации больных, имеющих профессиональные болезни.
24. Какие обстоятельства следует учитывать для рационального трудоустройства больных, имеющих профессиональные заболевания?
25. Значение сопутствующих непрофессиональных заболеваний в определении групп инвалидности у лиц, имеющих профессиональные заболевания.
26. В каких сферах производства работающие подвергаются воздействию пылевых факторов?
27. Какие свойства пылевых частиц определяют их фиброгенное действие? Какие виды пыли обладают наибольшей фиброгенной активностью?
28. Какие факторы производственной среды и особенности организма определяют скорость развития и прогрессирования силикоза?
29. Основные теории патогенеза силикоза.
30. Опишите морфологическое строение силикотического узелка.

- 31.Какие жалобы и объективные данные характерны для неосложненного силикоза?
- 32.Основные рентгенологические признаки силикоза.
- 33.Перечислите основные показатели функции внешнего дыхания и характер их изменений при силикозе.
- 34.Перечислите наиболее частые осложнения силикоза и дайте их характеристику (на основании клинических, рентгенологических, лабораторных данных).
- 35.Какие варианты течения силикоза Вам известны?
- 36.По каким принципам построена действующая в нашей стране классификация пневмокозиозов?
- 37.С какими профессиональными заболеваниями проводится дифференциальная диагностика силикоза?
- 38.Каковы основные принципы лечения силикоза? Почему необратимость далеко зашедших морфологических изменений не может обосновать отказ от лечения?
- 39.Назовите медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения силикоза и его осложнений.
- 40.Основные критерии определения трудоспособности больных силикозом.
- 41.Чем отличается клиническая картина силикатозов от силикоза?
- 42.Чем отличается клиническая картина карбокониозов от силикоза?
- 43.Чем отличается клиническая картина металлокозиозов от силикоза?
- 44.Какие особенности клинической картины пневмокозиозов, обусловленных воздействием органической пыли?
- 45.Какие клинические формы профессиональных заболеваний могут наблюдаться при воздействии электросварочного аэрозоля?
- 46.В каких производствах и профессиях работающие подвергаются воздействию пылевых факторов?
- 47.Какие свойства производственной пыли определяют ее способность вызывать хронический пылевой бронхит?
- 48.Перечислите жалобы, свойственные больным хроническим пылевым бронхитом. Имеются ли жалобы, специфичные для пылевого бронхита?
- 49.Какие объективные симптомы выявляются при хроническом пылевом бронхите? Есть ли среди них специфичные?
- 50.Приведите данные основных инструментальных методов исследования, используемых для диагностики пылевого бронхита.
- 51.Перечислите критерии этиологической диагностики хронического пылевого бронхита (обоснуйте связь заболевания с воздействием производственной пыли).
- 52.Перечислите принципы лечения больных хроническим пылевым бронхитом.
- 53.Каковы правила ВТЭ при хроническом пылевом бронхите?
- 54.Каковы направления технической, санитарно-гигиенической и медицинской профилактики пылевого бронхита?
- 55.Как Вы представляете себе роль врача по гигиене труда в установлении связи хронического бронхита с профессией и в разработке и проведении профилактических мероприятий?
- 56.Какие неблагоприятные производственные факторы могут обусловить развитие профессиональной бронхиальной астмы? Приведите примеры веществ, обладающих сенсibilизирующим, раздражающим и комбинированным действием.
- 57.Какова клиническая картина бронхиальной астмы легкой, средней и тяжелой степени?
- 58.Перечислите основные показатели функции внешнего дыхания и опишите характер их изменений при бронхиальной астме.
- 59.Совокупность каких данных дает основание для диагноза бронхиальной астмы профессионального происхождения?
- 60.Чем отличается прогноз при профессиональной бронхиальной астме в каждом конкретном случае?
- 61.Каковы основные принципы лечения бронхиальной астмы?
- 62.Основные производства и технологические процессы при которых может возникнуть бериллиоз.
- 63.Какие соединения бериллия наиболее токсичны?

64. Патогенез бериллиоза. Пути проникновения бериллия и его соединений в организм и пути выведения. Влияние содержания бериллия в воздухе рабочих помещений на течение и тяжесть клинических проявлений заболевания.
65. Какие соединения бериллия вызывают острые интоксикации? Перечислите клинические синдромы острой интоксикации бериллием.
66. Хронический бериллиоз: основные клинические синдромы, внелегочные поражения, особенности нарцужения газообмена.
67. Рентгенологическая картина поражений легких при I, II и III стадиях хронического бериллиоза.
68. Основные лечебно-профилактические мероприятия при бериллиозе.
69. Вопросы ВТЭ.
70. Перечислите производства, в которых вибрация является фактором профессиональной вредности.
71. Назовите основные профессиональные группы рабочих, которые могут подвергаться воздействию
72. основные параметры вибрации. Каково их значение в развитии заболевания?
73. Какие факторы способствуют развитию вибрационной болезни?
74. Изложите классификацию вибрационной болезни.
75. Каковы основные клинические синдромы при вибрационной болезни у работающих с ручным механизированным инструментом?
76. Дайте характеристику клинических синдромов вибрационной болезни, развивающейся от воздействия общей вибрации.
77. Каковы особенности клинических проявлений ранних стадий вибрационной болезни?
78. Опишите функциональные методы диагностики вибрационной болезни.
79. Изложите дифференциальную диагностику вибрационной болезни.
80. Каковы основные методы лечения и особенности врачебно-трудовой экспертизы при вибрационной болезни?
81. Перечислите основные мероприятия медицинской и гигиенической профилактики вибрационной болезни.
82. Какова роль врача-гигиениста в установлении связи заболевания с профессией и проведении мероприятий, направленных на предупреждение развития вибрационной болезни и восстановление трудоспособности?
83. Охарактеризуйте условия, которые могут быть причиной профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Перечислите примерные профессии, в которых они могут возникнуть.
84. Каковы причины возникновения вегетативной полиневропатии профессионального характера?
85. Проведите дифференциальную диагностику профессиональной вегетативной полиневропатии.
86. Охарактеризуйте клиническую картину плечелопаточного периартрита, методы лечения и врачебно-трудовой экспертизы.
87. Каково диагностическое значение рентгенологических исследований при этом заболевании?
88. Расскажите о патогенезе эпикондилита, проведите дифференциальную диагностику с артритами и артрозами локтевого сустава.
89. Опишите симптомы Дауборна, Томсена, Велша, Элькина, Финкельштейна. Для каких заболеваний они характерны?
90. Расскажите о клинических симптомах профессиональных миозитов, методах их диагностики. Как решаются вопросы трудоспособности?
91. Охарактеризуйте клиническую картину болезни Декервена.
92. Какова клиника и методы лечения «защелкивающегося» пальца?
93. Назовите основные производства и профессиональные группы рабочих, которые могут подвергаться неблагоприятному воздействию соединений свинца.
94. Перечислите пути поступления свинца в организм.
95. Каковы основные патогенетические механизмы развития свинцовой интоксикации?
96. Изложите современную классификацию хронической свинцовой интоксикации.

- 97.Перечислите основные клинические симптомы и синдромы свинцовой интоксикации, обусловленной неорганическими и органическими соединениями свинца.
- 98.Приведите критерии дифференциальной диагностики свинцовой интоксикации.
- 99.Охарактеризуйте основные методы лечения и особенности ВТЭ при хронической свинцовой интоксикации.
- 100.Какова роль врача-гигиениста и профпатолога в установлении связи заболевания с условиями труда заболевшего и проведении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение свинцовой интоксикации, а также на восстановление трудоспособности больного
- 101.Перечислите производства и профессии, в которых ароматические углеводороды являются неблагоприятными производственными факторами.
- 102.Опишите пути поступления, метаболизм и пути выведения бензола и его гомологов из организма.
- 103.На какие органы и системы действуют ароматические углеводороды? Что Вам известно о патогенетических механизмах интоксикации?
- 104.Опишите клиническую картину острой интоксикации.
- 105.Какие качественные и количественные изменения периферической крови характерны для интоксикации ароматическими углеводородами?
- 106.Какие неврологические синдромы наблюдаются в клинике интоксикации ароматическими углеводородами?
- 107.Какие лечебно-профилактические мероприятия проводятся при хронической интоксикации бензолом и его гомологами?
- 108.Как решаются вопросы экспертизы трудоспособности при данном заболевании?
- 109.Назовите производства, где возможен контакт с ртутью и ее неорганическими соединениями,
- 110.Какие дополнительные неблагоприятные профессиональные факторы могут способствовать развитию ртутной интоксикации?
- 111.Пути поступления ртути в организм и их роль в развитии интоксикации.
- 112..В каких органах депонируется ртуть?
- 113.Основные пути выделения ртути из организма.
- 114..Что подразумевается под «носителем» ртути и можно ли считать его заболеванием?
- 115.Назовите кардинальные симптомы микромеркуриализма и классической ртутной интоксикации.
- 116.Какова современная классификация хронической интоксикации ртутью?
- 117.Какие органы и системы поражаются при хронической ртутной интоксикации? Перечислите основные клинические синдромы заболевания.
- 118.Назовите основные методы функциональной и лабораторной диагностики, позволяющие судить о степени выраженности хронической ртутной интоксикации.
- 119.Назовите методы лечения ртутных интоксикаций.
- 120.Какова схема введения унитиола при острых и хронических интоксикациях ртутью?
- 121.Назовите наиболее эффективные методы профилактики меркуриализма.
- 122..Перечислите медицинские противопоказания, препятствующие приему на работу в контакте с ртутью. Что такое демеркуриализация?
- 123.Перечислите основные токсические вещества раздражающего действия и определите роль их физических свойств в развитии поражений органов дыхания.
- 124.Изложите Ваши представления о патогенезе поражений органов дыхания токсико-химической этиологии.
- 125.Назовите основные клинические формы поражений органов дыхания токсико-химической этиологии.
- 126.Опишите клиническую картину отравлении хлором и его соединениями.
- 127.Какова клиническая картина интоксикации сернистым газом?
- 128.Опишите клиническую картину отравлений сероводородом.
- 129.Какова клиническая картина отравлений окислами азота?
- 130.Назовите принципы оказания неотложной помощи при острых токсических поражениях органов дыхания.



131. Охарактеризуйте комплекс лечебных мероприятий при хронических заболеваниях органов дыхания токсико-химической этиологии.
132. Как проводится экспертиза трудоспособности при поражениях органов дыхания токсико-химической этиологии?
133. Профилактика поражений органов дыхания веществами раздражающего действия.
134. Перечислите основные трудовые процессы, при которых работники сельского хозяйства могут подвергаться воздействию ядохимикатов.
135. Назовите ядохимикаты, наиболее распространенные в современном сельском хозяйстве, и приведите их классификацию.
136. Каковы основные пути поступления ядохимикатов в организм?
137. Каков патогенез хронических интоксикаций ядохимикатами различного химического строения?
138. Опишите клиническую картину интоксикаций хлор- и ртутьорганическими ядохимикатами.
139. Какова клиническая картина интоксикаций фосфорорганическими ядохимикатами?
140. Проведите дифференциальную диагностику между острой и хронической интоксикациями ядохимикатами.
141. Назовите основные методы лабораторной и функциональной диагностики хронических интоксикаций ядохимикатами.
142. Каковы принципы антидотной терапии интоксикаций ядохимикатами различного химического строения?
143. Изложите Ваши представления об основных принципах ВТЭ при профессиональных интоксикациях ядохимикатами. Перечислите методы профилактики интоксикаций ядохимикатами в сельском хозяйстве.
144. Назовите причины возникновения острых интоксикаций в условиях производства.
145. Перечислите основные пути проникновения производственных ядов в организм.
146. Дайте классификацию острых профессиональных отравлений.
147. Перечислите основные принципы диагностики острых профессиональных отравлений.
148. Опишите клиническую симптоматику острых интоксикаций окисью углерода.
149. Охарактеризуйте клиническую симптоматику острых профессиональных интоксикаций ароматическими углеводородами.
150. Опишите клинические признаки острых профессиональных интоксикаций пестицидами.
151. Назовите специальные клиничко-лабораторные методы исследования, используемые в диагностике наиболее часто встречающихся острых профессиональных интоксикаций.
152. Расскажите об основных принципах оказания неотложной врачебной помощи и лечения острых профессиональных интоксикаций.
153. Какова роль врача по гигиене труда в установлении диагноза и осуществлении мероприятий, направленных на предупреждение острых профессиональных отравлений и сохранение здоровья трудящихся?