

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская акаде-
мия» Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Цен-
трального координационного
учебно - методического совета
от «22» марта 2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – про-
граммы ординатуры по специальности 31.08.45.«Пульмонология» утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»**
для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.45 Пульмонология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 14 марта 2022 г. протокол № 8

Заведующая кафедрой

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2022г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - эталоны ситуационных задач с ответами

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств по дисциплине «Профессиональные заболевания органов легких»

Фонд оценочных средств составлен на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»**. Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Пульмонология» и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 160. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета составляет достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же документа в одной академической группе в один день. Билеты для зачета выполнены на бланках единого образца по стандартной форме на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом фонд оценочных средств по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»**

способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности «Пульмонология»

может быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования у ординаторов.

Рецензент:

Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России



М.М. Теблов



Вопросы для текущего контроля знаний

РАЗДЕЛ 1. Общие вопросы профпатологии.

1. Понятия о профессиональных заболеваниях. Основные этапы развития профпатологии.
2. Классификации профессиональных болезней.
3. Врачебно-трудовая экспертиза и вопросы реабилитации при профессиональных болезнях.
4. Профилактика и диагностика профессиональных болезней. Охрана (гигиена) труда.
5. Нормативно-правовая база, обеспечивающая защиту рабочих, занятых на «вредных» производствах. Виды и роль профилактических осмотров граждан, поступающих на работу и, непосредственно, уже работающих на «вредных» производствах.
6. Оценка условий и характера труда, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда на производстве.
7. Принципы организации, виды, цели и порядок проведения медицинских осмотров на производстве.
8. Виды утраты трудоспособности. Группы инвалидности.
9. Трудовая и медицинская реабилитация в профпатологии.

Раздел 2. Профпатология от воздействия физических факторов

1. Профессиональные заболевания, обусловленные воздействием физических факторов производственной среды: вибрационная болезнь. Определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Медико-социальная экспертиза.
2. Влияние физических факторов: шума, инфразвука, электромагнитных волн, контактного ультразвука и инфракрасного излучения на организм человека. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Медико-социальная экспертиза.
3. Профессиональные заболевания, связанные с функциональным перенапряжением органов и систем организма: заболевания опорно-двигательного аппарата. Классификация нозологических форм. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Медико-социальная экспертиза

Раздел 3. Пылевые заболевания легких и и профессиональная аллергия.

1. Определение пневмокониоза.
2. Классификации пневмокониозов.
3. Особенности клиники и диагностики.
4. Лечение, профилактика и экспертиза трудоспособности.
5. Силикоз: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
6. Асбестоз: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Антракоз: клиника, диагностика, лечение, профилактика. 6. Биссиноз: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Профессиональная бронхиальная астма. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
9. ХОБЛ от воздействия профессиональных вредных факторов. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Биссиноз: клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Раздел 4. Профессиональные интоксикации.

1. Интоксикация свинцом: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
2. Интоксикация ртутью: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
3. Интоксикация бензолом: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.

4. Интоксикация амино- и нитросоединениями бензола: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
5. Интоксикация гомологами бензола: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности
6. Интоксикация поливинилхлоридом: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
7. Интоксикация пестицидами: клиника, диагностика, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.

Раздел 5. Профессиональный рак.

1. Классификация производственных факторов с канцерогенной активностью.
2. Структура профессиональной онкологической заболеваемости в России и в мире.
3. Профессиональный рак верхних и нижних дыхательных путей. Этиология, патогенез, дифференциальный диагноз, диагностика, клиника, лечение.
4. Профилактика профессионального рака: первичная, индивидуальная, массовая.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

1. Понятия «профпатология», «профессиональные заболевания и интоксикации», «производственно обусловленные заболевания». Профилактика профессиональных и производственно обусловленных поражений. Роль аттестации рабочих мест.
2. Основные классификации профессиональных заболеваний. По этиологии, системному принципу, специфичности и длительности воздействия фактора.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика профессиональных поражений. Стойкая утрата профессиональной трудоспособности. Полномочия МСЭК. Группы инвалидности. Процент (степень) утраты трудоспособности. Трудовые рекомендации при профессиональных заболеваниях.
4. Диагностика острых и хронических случаев профессиональных заболеваний и интоксикаций. Документы для юридически обоснованной связи заболевания с профессией.
5. Пневмокониозы. Определение понятия, потенциально опасные производства и профессии, принципы классификации. Патогенез, особенности клинической картины неосложненных пневмокониозов. Осложнения пневмокониозов.
6. Силикоз. Потенциально опасные производства и профессии. Клинические и рентгеноморфологические особенности. Особенности клиники, течения, лечения и исходов. Осложнения. Силикотуберкулез. Профилактика. Экспертиза трудоспособности. Трудовые рекомендации.
7. Асбестоз. Потенциально опасные производства и профессии. Особенности клиники, течения, лечения и исходов, осложнения. Профилактика. Экспертиза трудоспособности. Трудовые рекомендации.
8. Антракоз и антракосиликоз. Потенциально опасные производства и профессии. Особенности клиники, течения, лечения и исходов. Осложнения. Профилактика. Экспертиза трудоспособности. Трудовые рекомендации.
9. Экзогенный аллергический альвеолит. Этиология. Клинико-рентгенологические особенности, течение, осложнения, лечение, исходы. Экспертиза трудоспособности. Трудовые рекомендации.
10. Пылевой бронхит. Определение. Потенциально опасные производства и профессии. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Течение. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения. Исходы. Трудовые рекомендации.
11. Профессиональная бронхиальная астма. Потенциально опасные производства и профессии. Профессиональные аллергены. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. МСЭ.
12. Профессиональный бериллиоз. Потенциально опасные производства и профессии. Классификация. Патогенез. Клиника: течение, осложнения, исходы. Лечение. Профилактика. МСЭ.
13. Профессиональная интоксикация свинцом и его неорганическими соединениями. Потенциально опасные профессии и производства. Клинико-лабораторные критерии определения степени тяжести интоксикации. Примерный диагноз.
14. Хроническая профессиональная интоксикация свинцом. Патогенез анемии и абдоминального синдрома. Клиника. Принципы лечения.
15. Хроническая профессиональная интоксикация ароматическими углеводородами – бензолом и его гомологами (ксилол, стирол, толуол). Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения. Профилактика. Трудовые рекомендации. Реабилитация.
16. Острая и хроническая профессиональная интоксикация амино- и нитросоединениями бензола. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника, диагностика, осложнения, исходы. Неотложная помощь. Профилактика.
17. Хроническая интоксикация марганцем. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника: течение, осложнения, исходы. Диагностика. Профилактика. Особенности МСЭ. Трудовые рекомендации.

18. Хроническая интоксикация металлической ртутью. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Трудовые рекомендации.
19. Острая и хроническая интоксикация тетраэтилсвинцом, этиловой жидкостью и этилированным бензином. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника, осложнения, исходы. Диагностика. Профилактика. Трудовые рекомендации
20. Острая и хроническая профессиональная интоксикация окисью углерода. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника, осложнения, исходы. Диагностика. Лечение. Профилактика. Трудовые рекомендации.
21. Хроническая интоксикация фтором и его соединениями. Потенциально опасные производства и профессии. Патогенез. Клиника: течение, осложнения, исходы. Диагностика. Профилактика. Особенности МСЭ. Трудовые рекомендации.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 1

Больной Л., 37 лет, фтизиатр. Жалобы на периодический сухой кашель, повышение температуры до 37,2-37,5С, повышенную потливость по ночам, общую слабость, снижение аппетита.

Профессиональный анамнез. В течение 14 лет работает в противотуберкулезном диспансере. Рабочий день составляет 6 часов, в неделю - 30 часов. Периодические медицинские осмотры проходит регулярно, к работе ранее допускался. Санитарно-эпидемиологические мероприятия соблюдает в полном объеме.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 2-х недель, когда появилась вышеописанная клиника. Самостоятельно провел 2 курса антимикробной терапии (цефтриаксон, азитромицином), однако эффекта не достигнуто, сохранялись вышеописанные жалобы. В связи с указанным обратился к терапевту в поликлинику. Последнее рентгенологическое обследование лёгких проведено 6 месяцев назад, патологии не выявлено.

Не курит. Заболеваний респираторной системы ранее не было.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Пальпируются задние шейные, подмышечные лимфоузлы до 0,6 см в диаметре, плотные, безболезненные, подвижные. Перкуторный звук над легкими не изменён. Справа под ключицей единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 86 в/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа на уровне 1 межреберья тень 2х3 см средней интенсивности неоднородной структуры, неправильной формы с единичными очагами отсева. Тень средостения не изменена. Синусы свободные. Диафрагма не опущена, подвижная.

Общий анализ крови: Эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, Нб 117 г/л, Ц.п. 0,98, Ле $6,8 \times 10^9/л$, э 1%, п/я 7%., с/я 65%, лф 17%, мон. 4%, СОЭ 21 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1020, белок 0,033 г/л, Ле 1-2 в/п.зр., эпителий плоский – 1-2 в п/ зр.

Биохимическое исследование: общий белок 73,0 г/л, альбумины 45,7%, глобулины - а1 6,9%, а2 14,5%, β 11,5%, γ 21,4%.

Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза - однократно не обнаружены.

Реакция Манту с 2 ТЕ - р. 12 мм, везикулы.

Вопросы:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Предположительный диагноз, его обоснование.
4. Дать рекомендации по лечению.
5. Дать рекомендации по дальнейшей трудовой деятельности.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**
*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 2

Больная П. 23 лет швея поступила в клинику с жалобами на общую слабость повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C понижение аппетита похудание одышку при физической нагрузке сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость субфебрильная температура тела затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа чистая бледная умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: эритроциты $228 \times 10^{12}/л$ Нв – 86 г/л лейкоциты $115 \times 10^9/л$ э–0% п–5% с–65% л–18% м–12% СОЭ–24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на БК — в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз. Куда необходимо направить больную после установления диагноза? О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной? Лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

Больная Н. 39 лет домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизи-стой мокроты непостоянные боли в правой половине грудной клетки одышку при быст-рой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюо-рографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°C. Правильного телосложения повышенного питания. На коже голеней — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увели-чены. Пульс 72 уд. в мин ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикуляр-ное дыхание хрипов нет. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличе-ны.

Общий анализ крови: эритроциты $41 \times 10^{12}/л$ Нв–126 г/л лейкоциты $57 \times 10^9/л$ э–1% п–1% с–53% л–37% м–8% СОЭ–6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопальмональной группы.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Укажите какие клинико-рентгенологические симптомы помогли Вам пра-вильно сформулировать диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 4

Больной В. 35 лет зоотехник доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C одышку при незначительной физической нагрузке сухой кашель умеренные боли в грудной клетке справа общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти когда после простудного фактора повысилась температура тела появилась одышка постепенно нарастала. К врачу не обращался не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть стал сильно уставать считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа бледная грудная клетка обычной формы правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания тоны сердца ритмичные приглушены границы сердца в норме ЧСС 96 в мин АД 1 /70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук справа — притупление аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание справа — ослабленное хрипов нет ЧД 20 в мин. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $45 \times 10^{12}/л$ Нв–121 г/л лейкоциты $99 \times 10^9/л$ э–1% п–40% с–6% л–18% м–11% СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л общий билирубин 12 мкмоль/л сахар 40 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение неотделимое от тени утолщенной костальной плевры органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции удалено соответственно 28 мл и 4 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л цитоз умеренно-клеточный лимфоциты 96% нейтрофилы 4% микробактерии опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого трансудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?

5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?

6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.

7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 5

Больной В. 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру слабость повышенную потливость особенно по ночам быструю утомляемость небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы чистые бледные румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги эластичная безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $91 \times 10^9 / \text{л}$ эоз.–3% п/я–6% с/я–59% лимф.–18% мон.–14% СОЭ 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — 9 мм. Посев мокроты на БК отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена склонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава общей слабости ночных потов похудания за последний год на 5–6 кг. Из анамнеза заболевания выявлено что ухудшение состояния отмечается после родов когда появились боли в крупных суставах субфебрильная температура до 37,7°C. Красновато-синюшные пятна на коже голени. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК ОАМ биохимический анализ крови ревмо-фактор Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания принимала Преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось но беспокоили слабость потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополни-
тельного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 7

Больной С. заболел 1 мес. назад когда внезапно повысилась температура тела до 39°C появился озноб кашель с мокротой иногда с примесью крови боли в правом боку одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая влажная. Дыхание бронхиальное ослаблено разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей температура тела — 38,3°C.

Гемограмма: $L-120 \times 10^9$ г/л СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация участки просветления очаговые тени без четких контуров.

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 8

Больная Х. 19 лет не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость быструю утомляемость сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде между тем недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость потливость повышается температура тела до 38,6°С в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°С. Больная правильного телосложения пониженного питания отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. 36×10^{12} г/л Нв–115 г/л э–3 п–9 л–14 м–11 Л– 91×10^9 г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁ С₂ С₆ массивная инфильтрация легочной ткани состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась специфическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 9

Больная М. 20 лет не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39°C слабость одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения пониженного питания. Кожа чистая бледная губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный температура тела 39,4°C. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. 328×10^{12} г/л Нв -106 г/л лейкоциты 115×10^9 г/л эоз.-0 п/я-5% с/я-65% лимф.-18% мон.-12% СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагности-

ку

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Ми-
нистерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и допол-
нительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 10

Больной А. 43 года прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследо-
ван флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого
группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный
туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически но ни разу
на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски подкожно-
жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и единич-
ные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров безболезненные подвиж-
ные плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное
хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час Нв–126 г/л лейкоцитов 46×10^9 /л э–2% п–2%
с–63% л–26% мон.–7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сег-
ментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмоскле-
роза интенсивные четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены в левом - еди-
ничный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте простой и люминесцент-
ной микроскопией МБТ не выявлены.

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диа-
гноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Синдромы – интоксикационный, астенический, анамнестический, лимфоаденопатии, рентгенологических изменений, анемический.
2. Повторное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.
3. Очаговый туберкулез легких. Заболевание профессиональное. Обоснование: клинические проявления, профессиональный анамнез и стаж работы в противотуберкулезном диспансере, данные рентгенологического и лабораторного исследования.
4. При окончательном предположении диагноза – лечение у фтизиатров.
5. Рекомендовано сменить профессию.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких саркоидоз легких карциноматоз легких двусторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли фибробронхоскопия фиброгастроскопия.

Милиарный туберкулез легких БК (–).

Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость повышение температуры тела по вечерам понижение аппетита одышка при физической нагрузке сухой кашель) анамнеза (больна в течении 3 месяцев заболела во время беременности заболевание развивалось постепенно эффект от неспецифической терапии незначительный) объективного обследования (в легких везикулярное дыхание хрипов нет симптомы интоксикации (бледность кожи акроцианоз приглушенность тонов сердца тахикардия увеличение печени) лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией умеренное увеличение СОЭ) рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

- а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.
 - б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка поджелудочной железы органов женской половой сферы)
 - в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро часто связана с простудным фактором клиническая картина развивается в течении нескольких дней при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах очаги различных размеров неравномерные картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз сдвиг формулы влево большое увеличение СОЭ и т.д.).
6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности мелкие расположены вдоль сосудов.
 7. В противотуберкулезный диспансер.
 8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 3

1. Фибробронхоскопия УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов туберкулез внутригрудных лимфоузлов лимфогранулематоз лимфосаркома центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов активная фаза.
4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты одышке при быстрой ходьбе) анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу) объективных данных (в легких везикулярное дыхание хрипов нет на коже голеней — узловатая эритема) лабораторных данных (в пределах нормы отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий) рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопупьмональной группы).
5. Малосимптомность течения заболевания наличие узловатой эритемы отсутствие изменений в гемограмме характерная рентгенологическая картина.
6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации изменения в гемограмме возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии бронходулярного свища) рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение положительная проба Манту.
б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром зуд кожи увеличение также периферических лимфоузлов выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз лимфопения эозинофилия).
в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка интенсивная боль в грудной клетке истощение) лимфосаркома быстро прогрессирует в гемограмме — выраженная анемия лимфопения увеличение СОЭ).
г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин чаще в пожилом возрасте поражение наиболее часто одностороннее при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.
7. В противотуберкулезном диспансере.
8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 4

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Правильно потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.
3. Экссудат так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.
4. ЭКГ фибробронхоскопия фиброгастроскопия УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Между туберкулезным плевритом плевритом неспецифической этиологии мезотелиомой плевры метастатическим плевритом кардиогенным выпотом.

6.С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания характерные изменения в гемограмме лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости гиперергическая проба Манту.

7.Консультация фтизиатра с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

1.Очаговый туберкулез С₂ правого легкого фаза инфильтрации. БК отр.

2.Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.

3.Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.

4.Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.

5.Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.

6.Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.

7.Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.

8.При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

1.Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.

2.Р-графия органов дыхания.

3.Туберкулез легких рак легких пневмокониоз саркоидоз альвеолиты.

4.Врач-терапевт направил больную на рентгенографию легких.

5.Преднизолон антиоксиданты иммуномодуляторы.

6.VIII группа диспансерного учета в противотуберкулезном диспансере пожизненно.

7.Увеличение внутригрудных лимфоузлов расширение корней легких двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация.

8.Общий анализ крови: лейкоцитоз лимфопения моноцитоз ускорение СОЭ до 20–40 мм/ч.

9.Проба Манту у данной категории больных чаще отрицательная ввиду иммунологической несостоятельности.

10.Саркоидоз — доброкачественное заболевание хорошо поддающееся лечению. Нет обострения рецидивы встречаются редко.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

1.В стационаре противотуберкулезного диспансера.

2.Наличием полостей распада.

3.Необходимо проведение томографического обследования.

4.Казеозная пневмония.

5.Кровотечение дыхательная сердечная недостаточность.

6.4 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца: 2–3 препарата — в последующем.

Общий курс непрерывного лечения не менее 15 года.

7. Прогноз: — развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза
— цирротического туберкулеза
— больших остаточных изменений
— летальный исход

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

1. При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы анамнез объективные исследования общий анализ крови общий анализ мочи мокроту на БК бактериоскопическим методом обзорную рентгенографию грудной клетки пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Умеренный лейкоцитоз палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево лимфопения умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония крупозная пневмония центральный рак легкого осложненный ателектазом абсцедирующая пневмония.
4. Инфильтративный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
5. Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

1. Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.
2. О милиарном туберкулезе с острым течением.
3. Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.
4. Изониазид рифампицин стрептомицин
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.
4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.
5. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.

Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирование.

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.45 «Пульмонология»** утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»**

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности **31.08.45 Пульмонология**

г. Владикавказ, 2022 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	Общие вопросы профпатологии	10	
2.	Профпатология от воздействия физических факторов	10	
3.	Пылевые заболевания легких и проф. аллергия	10	
4.	Профессиональные интоксикации	10	
5.	Профессиональный рак	10	

Раздел 1

Промышленные аэрозоли металлов относятся к виду:

- а) дезинтеграции
- б) конденсации
- в) тому и другому (+)
- г) ни тому, ни другому
- д) все перечисленное

Вопрос № 2

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
- д) все перечисленное неверно

Вопрос № 3

Отличием эффекта лечения силикотуберкулеза от такового при туберкулезе является:

- а) меньший эффект (+)
- б) больший эффект
- в) существенной разницы нет
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное

Вопрос № 4

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

Вопрос № 5

Для профессионального бронхита является характерным:

- а) острое начало
- б) постепенное медленное начало (+)
- в) и то, и другое
- г) ни то, и ни другое
- д) все перечисленное

Вопрос № 6

К методам профилактического лечения лиц с большим пылевым стажем относятся все перечисленные, за исключением:

- а) щелочных тепло-влажных ингаляций
- б) УФ-облучения
- в) дыхательной гимнастики
- г) закаливающих процедур
- д) курсов противовоспалительной терапии (+)

Вопрос № 7

Рентгеноконтрастность мелкопятнистых теней при пневмокониозе сварщика обусловлена:

- а) обызвествлением узелков
- б) рентгеноконтрастными свойствами железа (+)
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое
- д) все перечисленное

Вопрос № 8

Наиболее типичным для асбестоза рентгенологическим типом фиброза является:

- а) узелковый
- б) интерстициальный (+)
- в) и тот, и другой
- г) ни тот, ни другой
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 9

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

Вопрос № 10

В основе патогенеза биссиноза лежит:

- а) аллергический процесс
- б) гистаминолиберация (параллергия) (+)
- в) и тот, и другой
- г) ни тот, ни другой
- д) все перечисленное

Раздел 2

Вопрос № 11

Карбокониозы:

- а) относятся к частым формам пневмокониозов
- б) не относятся к частым формам пневмокониозов (+)
- в) не относятся к пневмокониозам
- г) все перечисленное
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 12

К туберкулезным поражениям, наиболее часто встречающимся на фоне пневмокониоза, относятся:

- а) пролиферативные
- б) экссудативные
- в) и те, и другие (+)
- г) ни те, ни другие
- д) все перечисленные

Вопрос № 13

К наиболее часто используемым видам лечения при пылевых бронхитах относятся все перечисленные, кроме:

- а) бронхолитиков
- б) секретолитиков
- в) противовоспалительных
- г) антигистаминных
- д) химиотерапевтических (+)

Вопрос № 14

Наиболее характерными жалобами для бериллиоза является все перечисленные, кроме:

- а) похудания
- б) кашля
- в) одышки
- г) лекарственной непереносимости
- д) кровохаркания (+)

Вопрос № 15

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 (+)
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 16

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 (+)

Вопрос № 17

Сроком более вероятной регрессии процесса при пневмокониозе сварщика является:

- а) 1-2 года
- б) 5-6 лет
- в) более 10 лет (+)
- г) все перечисленное
- д) не одно из перечисленных

Вопрос № 18

Наиболее характерным клиническим синдромом для тяжелого бериллиоза является:

- а) бронхит
- б) бронхоbronхиолит
- в) эмфизема легких
- г) все перечисленное (+)
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 19

Для профессионального бронхита наиболее характерен:

- а) обструктивно-эмфизематозный синдром (+)
- б) воспалительно-деструктивный синдром
- в) и тот, и другой
- г) ни тот, ни другой
- д) все перечисленное

Вопрос № 20

При различных металлоконниозах проявления процесса:

- а) однородны
- б) неоднородны (+)
- в) правильный ответ а) и б)
- г) ни а), ни б)
- д) все перечисленно

Раздел 3

Вопрос № 21

К пылям, вызывающим развитие силикоза, относятся:

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

Вопрос № 22

Наибольшим нарушением внешнего дыхания при бериллиозе является нарушение:

- а) вентиляции
- б) диффузии (+)
- в) легочного кровотока

- г) ни то, ни другое
- д) все перечисленное

Вопрос № 23

Причиной тяжести дыхательной недостаточности у больных силикатозами чаще всего является:

- а) выраженность фиброза
- б) наличие осложнений (+)
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 24

Наиболее информативными методами диагностики профессионального бронхита являются: 1) анализ мокроты; 2) бронхоскопия; 3) кожные пробы; 4) исследования функции внешнего дыхания; 5) рентгенография легких

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

Вопрос № 25

Наличие в мокроте асбестовых телец:

- а) имеет диагностическую ценность
- б) не имеет диагностической ценности (+)
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 26

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

- а) аллергических
- б) гемолитических (+)
- в) фиброгенных
- г) канцерогенных
- д) все перечисленное

Вопрос № 27

Обрубщик, у которого диагностирован силикоз I стадии, в своей профессии:

- а) работать может
- б) работать не может (+)
- в) вопрос о трудоспособности решается индивидуально
- г) может продолжать работу при динамическом наблюдении
- д) все перечисленное

Вопрос № 28

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

д) если верно 1, 4 и 5

Вопрос № 29

К металлокониозу, при котором отсутствует зависимость дозы воздействующего вещества и эффекта действия, относится:

а) сидероз

б) алюминоз

в) бериллиоз (+)

г) правильный ответ б) и в)

д) все перечисленное

Вопрос № 30

К наиболее фиброгенному виду угля относится:

а) коксующийся

б) антрацит (+)

в) бурый уголь

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

Раздел 4

Вопрос № 31

Наиболее частым осложнением при узелковых формах антракосиликоза является:

а) туберкулез (+)

б) бронхит

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

д) все перечисленные

Вопрос № 32

Наиболее частым решением вопроса о трудоспособности больного крупноузловым силикотуберкулезом является:

а) трудоспособен

б) ограниченно трудоспособен

в) нетрудоспособен (+)

г) временно нетрудоспособен

д) все перечисленное

Вопрос № 33

Наиболее характерным типом течения бериллиоза гранулематозного типа является:

а) прогрессирующее (+)

б) регрессирующее

в) непрогрессирующее

г) ни то, ни другое

д) все перечисленное

Вопрос № 34

Наличие "симптома понедельника":

- а) достаточно для постановки диагноза биссиноза (+)
- б) недостаточно для постановки диагноза биссиноза
- в) симптом не является специфическим
- г) достаточно для постановки диагноза силикатоза
- д) все перечисленное

Вопрос № 35

Наиболее характерным течением фиброзного процесса при силикатозах является:

- а) медленно прогрессирующее (+)
- б) быстро прогрессирующее
- в) регрессирующее
- г) все перечисленное
- д) ни одно из перечисленных

Вопрос № 36

К наиболее тяжелой форме пневмокониоза из группы силикатозов относится:

- а) асбестоз (+)
- б) талькоз
- в) коалиноз
- г) цементный пневмокониоз
- д) оливировый пневмокониоз

Вопрос № 37

Деструктивные формы силикотуберкулеза:

- а) встречаются часто
- б) встречаются редко (+)
- в) не встречаются
- г) в зависимости от трудового стажа
- д) все перечисленно

Вопрос № 38

В состав сварочного аэрозоля входит все перечисленное, исключая:

- а) железо
- б) окись углерода
- в) мышьяк (+)
- г) марганец
- д) озон

Вопрос № 39

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

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

Вопрос № 40

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

Раздел 5

Вопрос № 41

Определить процент утраты трудоспособности больному пневмокониозом в случае потери им квалификации при переводе на другую работу:

- а) можно (+)
- б) нельзя
- в) зависит от выраженности изменений
- г) правильный ответ а) и в)
- д) все перечисленное

Вопрос № 42

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

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

Вопрос № 43

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
- г) может продолжать работу при динамическом наблюдении
- д) все перечисленное

Вопрос № 44

Рентгеноморфологическими формами, свойственными карбокониозам, являются:

- а) интерстициальные (+)
- б) узелковые
- в) узловые
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

Вопрос № 45

Вопрос о трудоспособности рабочего цементного производства, которому установлен диагноз пневмокониоз I стадии, хронический бронхит, дыхательная недостаточность I-II степени, должен быть сформулирован следующим образом

- а) нетрудоспособен

б) ограниченно трудоспособен. Не может продолжать работу в условиях запыленности, воздействия раздражающих веществ, перепадов температур, а также связанную со значительным физическим напряжением (+)

в) трудоспособен в своей профессии при условии динамического врачебного наблюдения и лечения

г) правильный ответ а) и в)

д) все перечисленно

Вопрос № 46

Характерным аллергическим ответом при экзогенном аллергическом альвеолите является:

а) реакция немедленного типа

б) реакция полужамедленного типа (+)

в) и та, и другая

г) ни та, ни другая

д) все перечисленное

Вопрос № 47

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

г) может продолжать работу в шахте при динамическом наблюдении

д) все перечисленное

Вопрос № 48

Разрешать продолжать работу больному, если диагноз пылевой бронхит I стадии был установлен за 2 года до достижения им пенсионного возраста

а) можно (+)

б) не следует

в) под наблюдением

г) правильный ответ а) и в)

д) все перечисленное

Вопрос № 49

К соединениям бериллия, обладающим преимущественно аллергическим действием, относятся:

а) растворимые

б) нерастворимые (+)

в) аллергическое действие не зависит от степени растворимости

г) все перечисленное

Вопрос № 50

К наиболее типичным для профессионального бронхита процессам в бронхах не относится:

а) бронхоспазм

б) дистонические расстройства

в) активное воспаление (+)