

№ ОРД-ФТИЗ-23

**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 «14» марта 2023 г. № 4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»**
основной профессиональной образовательной программы высшего образования – про-
граммы ординатуры по специальности **31.08.51 «Фтизиатрия»** утвержденной 13.04.2023 г

для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности **31.08.51 Фтизиатрия**

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 10 марта 2023 г. протокол № 8

Заведующая кафедрой

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2023г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к модулю
 - вопросы к экзамену
 - банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - экзаменационные билеты/билеты к зачету

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

РЕЦЕНЗИЯ

**на ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ по дисциплине «Профессиональные заболевания
органов легких»**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Оценочные мероприятия утверждены на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплены печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Оценочные материалы 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 «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. 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 рецензируемым оценочным материалам нет.

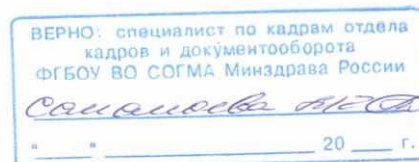
В целом оценочные материалы по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по специальности **31.08.51 «Фтизиатрия»** 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:

Председатель ЦУМК
естественно-научных и математических дисциплин
с подкомиссией экспертизы оценочных материалов,
доцент кафедры химии и физики

Боциева Н.И.



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

**РЕЦЕНЗИЯ
на ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ по дисциплине «Профессиональные заболевания
органов легких»**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Оценочные мероприятия утверждены на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплены печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Оценочные материалы 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 «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. 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 рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом оценочные материалы по дисциплине **«Профессиональные заболевания органов легких»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по специальности **31.08.51 «Фтизиатрия»** 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:

главный врач
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
К.М.Н



Кобесов Н.В

*Кобесов Н.В. Кобесов
руководитель центра
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
Центральный
Кобесов Н.В.*



Паспорт оценочных материалов
По дисциплине «**Профессиональные заболевания органов легких**»
для специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Наименование контро- лируемого раздела (темы) дис- циплины/модуля	Код фор- мируемой ком- петенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид кон- троля	Текущий, промежуточный		
1.	Общие вопросы профпатологии Профпатология от воздействия фи- зических факторов	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Пылевые заболевания легких и проф. аллергия	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Профессиональные интоксикации	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4	Профессиональный рак	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

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 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 ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

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%, в 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» Министер-
ства здравоохранения России**
*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного 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 16 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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

Больная Н. 39 лет домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты непостоянные боли в правой половине грудной клетки одышку при быстрой 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 флюорографическое обследование год назад — без патологии.

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

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 опухолечевые 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 бронхопульмональной 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 правильно 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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного 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% микобактерии 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 транссудат 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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

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» Министер-
ства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловой 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 голеней. 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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного 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: Л-120x10⁹ 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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного 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°C в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°C. 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 неспецифическая 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.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного 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 диагностику

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» Министер-
ства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнитель-
ного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 10

Больной А. 43 года прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследован 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 единичные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров безболезненные подвижные плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное хрипы не выслушиваются.

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

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

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте простой и люминесцентной 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 диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

КЕЙС 1

Больной М., 38 лет, не работает.

Жалобы: приступообразный кашель с мокротой и прожилками крови, повышение температуры тела до 38,5°C, слабость.

Анамнез заболевания: заболел 2 недели назад, когда стала повышаться температура тела до 38,0°C, появился кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в мышцах. Лечился противовирусными и жаропонижающими препаратами. В связи с ухудшением состояния был госпитализирован в районную больницу с подозрением на пневмонию. Ранее в течение двух лет отмечал частые «простудные заболевания», повышенную утомляемость, субфебрилитет по вечерам, но за медицинской помощью не обращался.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад.

Объективно: при поступлении состояние средней тяжести. Рост 176 см. Вес 85 кг. Кожный покров бледный, чистый. Видимые слизистые бледные, влажные. Температура тела 37,9°C. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 22 в мин. Перкуторно – притупление легочного звука в верхних отделах обоих легких. Аускультативно - дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы в обоих легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 105 в мин. АД 110/70 мм

рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, болезненная при пальпации. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $4.5 \times 10^9/\text{л}$, п/я 4%, с/я 76%, эозинофилы 3%, лимфоциты 12%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч, тромбоциты 120 тыс.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии обнаружены КУМ, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, посев дал рост МБТ, ЛЧ сохранена ко всем противотуберкулезным препаратам.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 20 мм. Реакция на пробу с АТР - папула 17 мм.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

Составьте перечень необходимых исследований для вер



КЕЙС 2

Больной К., 32 года, учитель. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Жалобы: активно не предъявляет.

Анамнез заболевания: при тщательном сборе анамнеза отмечает снижение работоспособности и быструю утомляемость в последние 2 месяца, связывал с началом учебного года. При проверочном рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: Контакт с больным туберкулезом не установлен.

Флюорографическое обследование 1 год назад, на контроль не вызывали.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см. Вес 78 кг. Кожный покров обычной окраски, чистые. Температура тела 36,8°C. Периферические лимфатические узлы неувеличены. ЧД 16 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 64 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/\text{л}$; п/я – 5%, с/я – 63%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 18%, моноциты – 9%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм. Реакция на пробу с АТР – папула 8 мм.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.

КЕЙС 3

Больной Г., 30 лет, программист. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Жалобы: на слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38,0°C, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, потливость в ночное время.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 3 месяцев, когда появились слабость, снижение аппетита, потливость в ночное время, кашель со скудной мокротой. За последний месяц похудел на 5 кг, стала повышаться температура тела до 38,0°C, усилился кашель, в связи с чем обратился в поликлинику. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен.

Флюорографическое обследование 1 год 9 мес. назад, на контроль не вызывали.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 180 см. Вес 74 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 38,0°C. Периферические лимфатические узлы непальпируются. ЧД 16 в мин. Перкуторно – над верхним отделом правого легкого притупление перкуторного звука. Аускультативно – в верхнем отделе правого легкого дыхание ослабленное везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты – 26%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

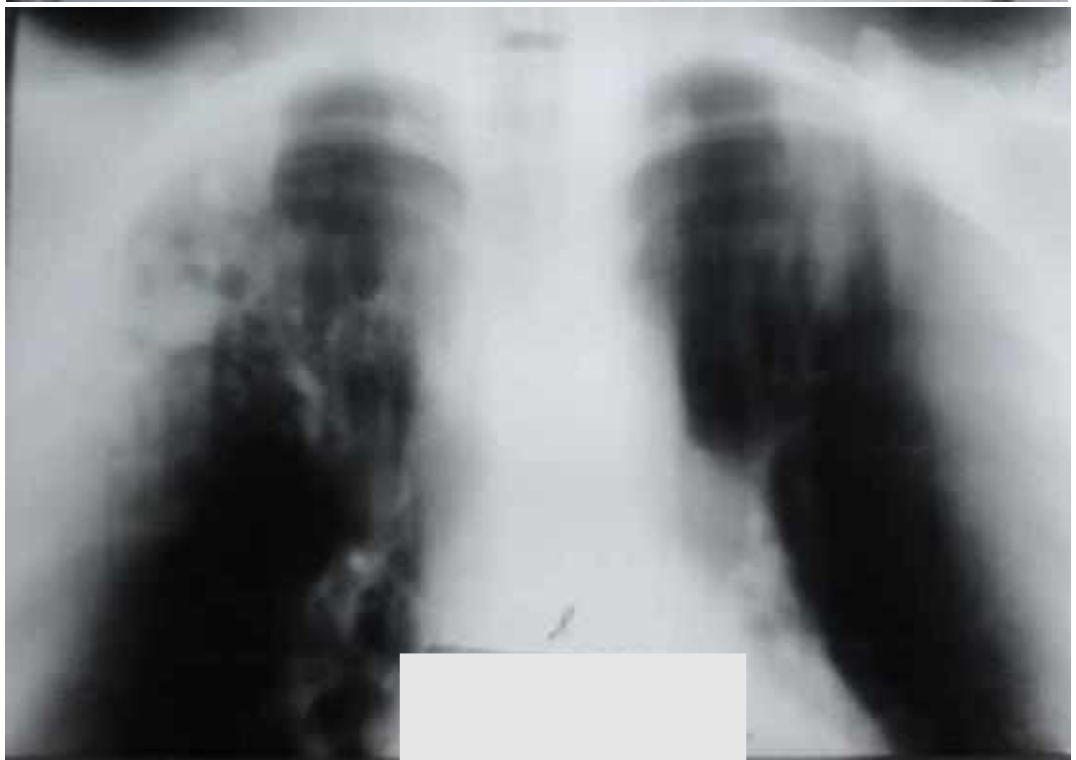
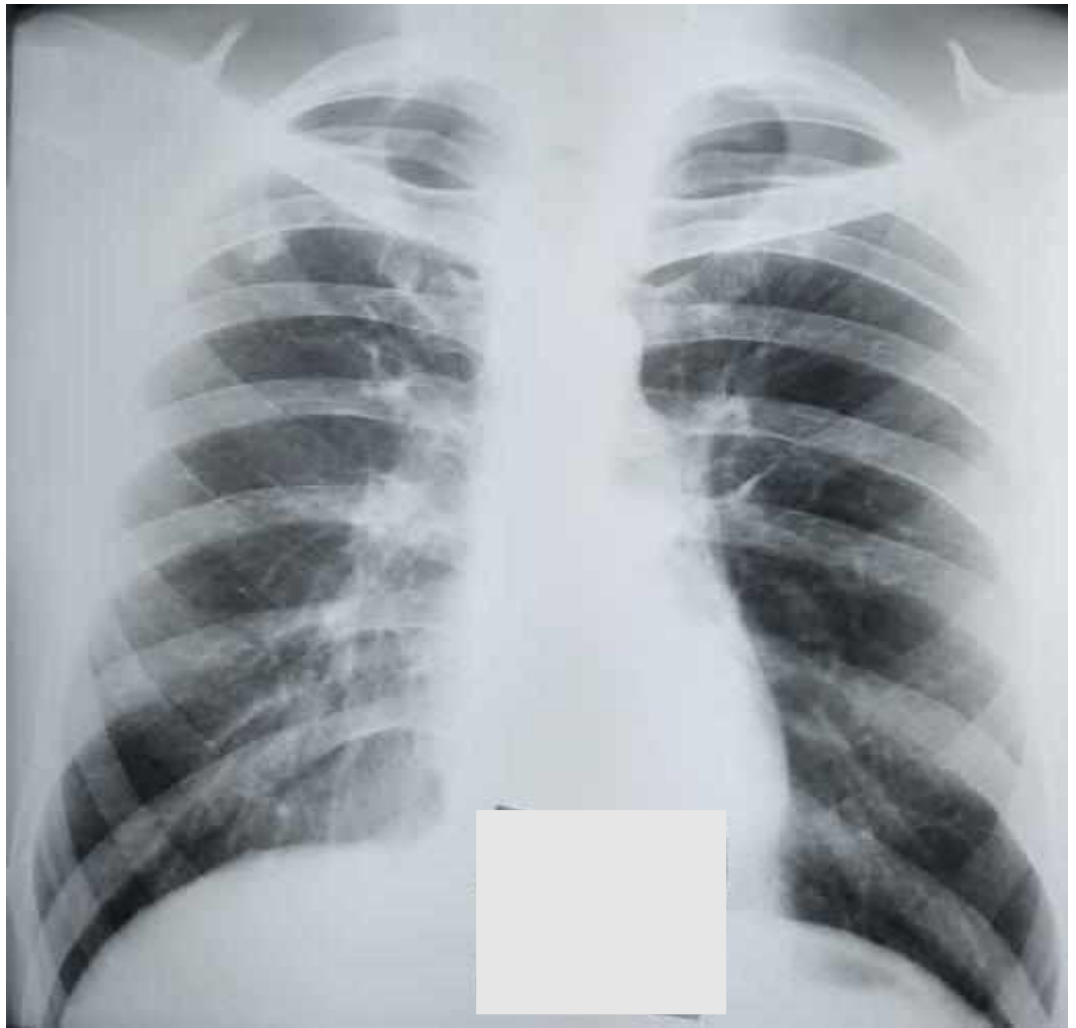
Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии обнаружены КУМ (++), методом посева МБТ (+), ЛУ к R, методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, ЛУ к R.

Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 14 мм. Реакция на пробу с АТР – папула 8 мм.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.



№ ОРД-ФТИЗ- 23

**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 **31.08.51«Фтизиатрия»** утвержденной 13.04.2023 г

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

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

г. Владикавказ, 2023 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости/Промежуточная аттестация			
1.	Общие вопросы профпатологии	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	20	
2.	Профпатология от воздействия физических факторов	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	20	
3.	Пылевые заболевания легких и проф. аллергия	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	20	
4.	Профессиональные интоксикации	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9	20	
5.	Профессиональный рак	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5; ПК-6	10	

		ПК-7 ПК-8 ПК-9		
--	--	----------------------	--	--

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) бронхобронхиолит
- 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 металлоконииозу, 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 запыленно-

сти, 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