федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**профессиональные болезни**

по специальности

*31.05.01 – Лечебное дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности *31.05.01 – Лечебное дело,* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-9 - способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;

ПК-6- способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;

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

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

(приводятся при необходимости)

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1 «Общие вопросы профессиональной патологии. Профессиональная патология как клиническая дисциплина».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* нормативные документы;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса**

1.Введение в клинику профессиональных болезней. Понятие о профессиональной патологии как клинической дисциплине. Группировка профессиональных заболеваний по этиологии и преимущественному поражению отдельных органов и систем. Медицинские учреждения, занимающиеся вопросами профессиональной патологии. Приказ № 302н МЗ России.

2. Особенности обследования и необходимая документация для установления профессионального характера заболевания. Критерии для установления связи заболевания с выполняемой работой.

3. Задачи и принципы врачебно-трудовой экспертизы, трудовой и медицинской реабилитации в клинике профессиональных болезней и их социальное значение.

**Тестовые задания**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЭТО
2. обособленная категория острых и хронических заболеваний, возникающих в результате воздействия на организм неблагоприят­ных факторов производственной среды
3. любые острые и хронические заболевания, возникающие у лиц, работающих в условиях воздействия на организм неблагопри­ятных факторов производственной среды
4. хронические заболевания внутренних органов, сформиро­вавшиеся в результате длительного воздействия на организм рабо­тающего неблагоприятных факторов производственной среды
5. заболевания, возникающие в результате нарушения правил техники безопасности на производстве
6. острые и хронические заболевания внутренних органов, обя­зательно возникающие у профессионально подготовленных рабо­чих при длительном стаже работы на производстве

2. ПЕРВЫЕ ПУБЛИКАЦИИ С ИЗЛОЖЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯВИЛИСЬ

1. XIV в.
2. XV в.
3. XVI в.
4. XVII в.
5. XVIII в.

3. АВТОР ПЕРВЫХ ПУБЛИКАЦИЙ С ОПИСАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШАХТЕРОВ

1. Парацельс
2. Агрикола
3. Везалий
4. Пирогов
5. Боткин

4. ВОПРОСАМИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЕТСЯ (ЗАНИМАЮТСЯ)

1. врач терапевт участковый
2. врач терапевт цеховый
3. областные (республиканские) центры профпатологии
4. врачебные здравпункты
5. ВК медицинской организации

5. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ

1. от наличия вредных производственных факторов с превышением ПДК и ПДУ на рабочем месте
2. от напряженности трудового процесса
3. от общего стажа работы.
4. от численности работающих на промышленном предприятии
5. от пола и возраста работающих на производстве

6. БЕЗОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВЫСОКОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У РАБОТАЮЩИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, КОГДА СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПО ОХРАНЕ ТРУДА НЕ ТРЕБУЮТСЯ, ТАК КАК РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКИ ОТСУТСТВУЕТ СООТВЕТСТВУЮТ

1. 1-му классу
2. 2-му классу
3. 3-му классу
4. 4-му классу

7. БЕЗОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА, КОГДА ИМЕЕТ МЕСТО НЕСУЩЕСТВЕННЫЙ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, А ПОЛНОЦЕННЫЙ ОТДЫХ ПОСЛЕ РАБОЧЕЙ СМЕНЫ ПОЛНОСТЬЮ ВОССТАНАВЛИВАЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА СООТВЕТСТВУЮТ

1. 1-му классу
2. 2-му классу
3. 3-му классу
4. 4-му классу

8. УСЛОВИЯ ТРУДА, КОГДА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ ПРЕВЫШАЮТСЯ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НОРМАТИВЫ РАЗЛИЧНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, СПОСОБНЫХ ПРИВЕСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ СООТВЕТСТВУЮТ КЛАССУ

1. 1-му классу
2. 2-му классу
3. 3-му классу
4. 4-му классу

9. ЭКСТРЕМАЛЬНО ОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА С ВЫСОКИМ И СВЕРХВЫСОКИМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТРОГО СООТВЕТСТВУЮТ КЛАССУ

1. 1-му классу
2. 2-му классу
3. 3-му классу
4. 4-му классу

10. УСЛОВИЯ ТРУДА С МАЛЫМ, УМЕРЕННЫМ РИСКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБРАТИМЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ЕСЛИ ПДК ИЛИ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ВРЕДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ ПРЕВЫШАЮТСЯ В 1,1- 3 РАЗА ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1. 3-й класс — 1-я степень
2. 3-й класс — 2-я степень
3. 3-й класс — 3-я степень
4. 3-й класс — 4-я степень
5. 4-й класс

11. УСЛОВИЯ ТРУДА СО СРЕДНИМ, СУЩЕСТВЕННЫМ РИСКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЕДУЩИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СТОЙКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, УВЕЛИЧЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПЕРИОДОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ, УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ФОРМИРОВА­НИЮ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, И ЕСЛИ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ВРЕДНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРЕВЫШАЕТСЯ В 3,1- 5 РАЗ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1. 3-й класс — 1-я степень
2. 3-й класс — 2-я степень
3. 3-й класс — 3-я степень
4. 3-й класс — 4-я степень
5. 4-й класс

12. УСЛОВИЯ ТРУДА С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОТЕКАЮЩЕГО В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РОСТУ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПО ПОВОДУ КОТОРЫХ ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРКДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ, ЕСЛИ ДОПУСТИМЫЙ ПОРОГ ДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРЕВЫШЕН В 5-10 РАЗ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1. 3-й класс — 1-я степень
2. 3-й класс — 2-я степень
3. 3-й класс — 3-я степень
4. 3-й класс — 4-я степень
5. 4-й класс

13. УСЛОВИЯ ТРУДА С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ ФОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМИ ПЕРИОДАМИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ДОПУСТИМОГО ПОРОГА ИЛИ ПДК ВРЕДНОГО ФАКТОРА БОЛЕЕ ЧЕМ В 10 РАЗ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1. 3-й класс — 1-я степень
2. 3-й класс — 2-я степень
3. 3-й класс — 3-я степень
4. 3-й класс — 4-я степень
5. 4-й класс

14. К КАТЕГОРИИ ОСТРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. возникшие в результате однократного воздействия повреждающего фактора
2. возникшие в результате воздействия повреждающего фактора в течение одной рабочей смены
3. возникшие при длительном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности
4. возникшие в результате систематического воздействия повреждающего фактора небольшой интенсивности, обладающего кумулятивными свойствами

15. К КАТЕГОРИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. возникшие в результате однократного воздействия повреждающего фактора большой интенсивности
2. возникшие в результате воздействия повреждающего фактора в течение одной рабочей смены
3. возникшие при длительном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности с превышением ПДК или ПДУ
4. возникшие в результате систематического воздействия повреждающего фактора небольшой интенсивности без превышения ПДК и ПДУ

16. ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ВЫСОКОТЕХ­НОЛОГИЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

1. увеличился риск возникновения тяжелых форм профессиональных заболеваний
2. сократилось время формирования (стаж)
3. чаще встречаются легкие формы профессиональных заболеваний
4. профессиональные заболевания чаще возникают у молодых людей, недавно приступивших к работе в неблагоприятных произ­водственных условиях. 5. для больных с профессиональными заболеваниями характерен стаж работы менее 10 лет в неблагоприятных производственных условиях

17. В РАССЛЕДОВАНИИ КАЖДОГО СЛУЧАЯ ОСТРОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, УСТАНОВЛЕННОГО ВПЕРВЫЕ, ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ

1. участковый терапевт
2. комиссия
3. государственный инспектор труда
4. представители областного или республиканского центров профпатологии
5. представители нанимателя и трудового коллектива

18. КОПИИ УТВЕРЖДЕННОГО АКТА О СЛУЧАЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ

1. в областной центр профпатологии
2. потерпевшему или лицу, представляющему его интересы
3. работодателю для осуществления указанных в нем мероприятий
4. государственному инспектору труда
5. в медицинские организации

19. УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ, ЗАПОДОЗРИВШИЙ ОСТРОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОБЯЗАН

1. составить и переслать извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания в управление Роспотребнадзора в течение суток
2. отослать извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания в течение 12 ч с момента за­полнения в областной центр профпатологии
3. отослать извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания в течение 12 ч с момента за­полнения в республиканский центр профпатологии
4. отослать извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания в течение 12 ч с момента за­полнения в центр гигиены и эпидемиологии
5. немедленно послать телефонограмму или факс в управление Роспотребнадзора, если пострадавших с утратой трудоспособности на­считывается более двух человек

20. УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ В ИЗВЕЩЕНИИ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОЛЖЕН УКАЗАТЬ

1. диагноз и предполагаемые вредные факторы производственного процесса, вызвавшие острое профессиональное заболевание
2. общий трудовой стаж
3. предполагаемые причины и обстоятельства, вызвавшие острое профессиональное заболевание
4. стаж работы пострадавшего на предприятии
5. перечень заболеваний, которые были ранее у пострадавшего

21. К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОТНОСИТСЯ

1. своевременное, как можно более раннее выявление у работающих начальных клинических симптомов непрофессиональных заболеваний
2. назначение патогенетически обоснованного восстановительного лечения пострадавшим от вредных факторов производственной среды — медикаментозного и немедикаментозного (физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение)
3. временное трудоустройство лиц с клиническими проявлениями профессиональной патологии
4. установление бюро МСЭ III группы инвалидности на период приобретения новой специальности
5. рациональное трудоустройство инвалидов II и 1 групп (работа в специально созданных условиях, в том числе на дому)

22. К ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОТНОСИТСЯ

1. своевременное, как можно более раннее выявление у работающих начальных клинических симптомов, как профессиональной патологии, так и непрофессиональных заболеваний
2. назначение патогенетически обоснованного восстановительного лечения пострадавшим от вредных факторов производственной среды: медикаментозного
3. назначение патогенетически обоснованного восстановительного лечения пострадавшим от вредных факторов производственной среды: немедикаментозного (физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение)
4. установление бюро МСЭ III группы инвалидности на период приобретения новой специальности
5. рациональное трудоустройство инвалидов II и I групп (работа в специально созданных условиях, в том числе на дому)

23. К СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОТНОСИТСЯ

1. своевременное, как можно более раннее выявление у работающих начальных клинических симптомов, как профессиональной патологии, так и непрофессиональных заболеваний
2. назначение патогенетически обоснованного восстановительного лечения пострадавшим от вредных факторов производственной среды: медикаментозного и немедикаментозного (физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение)
3. временное трудоустройство лиц с клиническими проявлениями профессиональной патологии
4. установление бюро МСЭ III группы инвалидности на период приобретения новой специальности
5. рациональное трудоустройство инвалидов II и I групп (работа в специально созданных условиях, в том числе на дому)

24. ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ В БЮРО МСЭ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ

1. при выявлении признаков стойкой частичной или полной утраты трудоспособности
2. при временной утрате трудоспособности, если больничный лист должен продляться непрерывно на срок свыше 2 мес
3. при временной утрате трудоспособности, если больничный лист должен продляться непрерывно на срок свыше 4 мес
4. при временной утрате трудоспособности, если больничный лист должен продляться с перерывом на срок свыше 5 мес
5. при временной утрате трудоспособности, если больничный лист должен продляться с перерывом на срок свыше 6 мес

25. III ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1. полная утрата трудоспособности и больной нуждается в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре
2. труд недоступен (в связи с выраженными функциональны­ми ограничениями, вызванными заболеванием)
3. труд противопоказан (в связи с усугублением тяжести состояния больного в результате любой профессиональной трудо­вой деятельности)
4. вынужденный переход по состоянию здоровья на работу бо­лее низкой квалификации (снижение квалификации на 4 разряда и более, снижение категории, уровня управления для руководителей) и уменьшение по состоянию здоровья норм, объема выработки, сокращение по этим же причинам продолжительности рабочего дня
5. временный перевод на другую работу

26. II ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1. полная утрата трудоспособности и больной нуждается в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре
2. труд недоступен (в связи с выраженными функциональными ограничениями, вызванными заболеванием) или труд противопоказан (в связи с усугублением тяжести состояния больного в результате любой профессиональной трудовой деятельности)
3. временный перевод на другую работу
4. вынужденный переход по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации (снижение квалификации на 4 разряда и более, снижение категории, уровня управления для руководителей)
5. уменьшение по состоянию здоровья норм, объема выработки, сокращение по этим же причинам продолжительности рабочего дня

27. I ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1. полная утрата трудоспособности и больной нуждается в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре
2. труд недоступен (в связи с выраженными функциональными ограничениями, вызванными заболеванием)
3. труд противопоказан (в связи с усугублением тяжести состояния больного в результате любой профессиональной трудовой деятельности)
4. вынужденный переход по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации (снижение квалификации на 4 разряда и более, снижение категории, уровня управления для руководителей)
5. уменьшение по состоянию здоровья норм, объема выработки, сокращение по этим же причинам продолжительности рабочего дня

28. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ЛИЦ, УСТРАИВАЮЩИХСЯ НА РАБОЧИЕ МЕСТА С НАЛИЧИЕМ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ПРОВОДЯТСЯ ПО ИНИЦИАТИВЕ

1. профсоюзов
2. работодателя
3. местных органов здравоохранения
4. личной инициативе устраивающегося на работу
5. государственной инспекции труда

29. ЛИЦУ, ПРОШЕДШЕМУ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОСМОТР ПЕРЕД УСТРОЙСТВОМ НА РАБОТУ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ, НА РУКИ ВЫДАЕТСЯ

1. заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра
2. справка с указанием «годен» к труду во вредных условиях
3. медицинское заключение с указанием причин негодности, если таковые обнаружены
4. акт медицинского обследования с детальным описанием ре­зультатов клинического и лабораторного исследований и обосно­ванным заключением — «годен» или «не годен» к труду
5. никакие документы на руки прошедшему предварительный осмотр не выдаются

30. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЛИЦ РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ОФОРМЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТ

1. заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра
2. справка с указанием «годен» к труду во вредных условиях
3. медицинское заключение с указанием причин негодности, если таковые обнаружены
4. акт медицинского обследования с детальным описанием ре­зультатов клинического и лабораторного исследований и обосно­ванным заключением — «годен» или «не годен» к труду
5. никакие документы на руки прошедшему предварительный осмотр не выдаются

31. ПЕРИОДИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ ПОДЛЕЖАТ

1. лица, работающие в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов
2. работающие пенсионеры
3. ремонтники и монтажники на предприятиях
4. сезонные рабочие
5. работавшие на вредных и опасных для здоровья объектах

32. ТРУДОУСТРОЙСТВО И РАБОТА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1. лицам, страдающим хроническими заболеваниями с незначительными наруше­ниями функций внутренних органов
2. беременным женщинам и женщинам в период лактации
3. женщинам старше 50 лет
4. лицам обоего пола старше 60 лет
5. лицам от 18 до 21года

33. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ У ПРОФПАТОЛОГА ПОДЛЕЖАТ

1. работники вредных предприятий, не подвергающиеся неблагоприятному воздействию факторов производственной среды
2. работники вредных предприятий, работающие в среде предельно допустимых концентраций и предельно допустимых уровней вредных факторов, имеющие стаж работы менее 5 лет
3. работники вредных предприятий с общими (соматическими) заболеваниями
4. инвалиды по профессиональному заболеванию
5. все пенсионеры, работавшие во вредных производственных условиях

34. ОСТРОЕ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕ (ОТРАВЛЕНИЕ) ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ

1. однократного или многократного (в течение одной рабочей смены), воздействия вредных проффакторов
2. длительного (в течение более одной смены), воздействия вредных проффакторов
3. многократного и длительного (более одной рабочей смены) воздействия вредных проффакторов
4. периодического и длительного (более одной рабочей смены) воздействия вредных проффакторов

35. ХРОНИЧЕСКОЕ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕ (ОТРАВЛЕНИЕ) ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ

1. многократного и длительного (более одной рабочей смены) воздействия вредных проффакторов
2. однократного (в течение не более одной смены), воздействия вредных проффакторов
3. многократного (в течение не более одной смены), воздействия вредных проффакторов
4. после длительного (более одной смены), воздействия вредных проффакторов

36. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ БЫТЬ

1. острыми и хроническими
2. только острыми
3. только хроническими
4. подострыми

37. РАССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ) С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ИЗВЕЩЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОРГАНАМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ

1. 10 дней
2. 14 дней
3. 1 дня
4. 3 дней

38. ДОКУМЕНТ, КОТОРЫЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ ОРГАНАМ РОСПОТРЕБНАДЗОРА И НЕОБХОДИМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1. санитарно-гигиеническая характеристика условий труда
2. листок временной нетрудоспособности
3. справка КЭК
4. копия трудовой книжки

39. МЕДИЦИНСКУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РАБОТУ С ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДОСМОТРОВ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ВОЗГЛАВЛЯЕТ

1. врач-профпатолог
2. главврач лечебного учреждения
3. специалист территориального управления (врач по гигиене труда) Роспотребнадзора
4. работодатель

40. ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ РАБОТАЮЩИХ ПРОВОДЯТСЯ В

1. рабочее время и за счет работодателя
2. время отпуска и за счет работодателя
3. рабочее время и за счет работника
4. нерабочее время и за счет работника

41. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА СВОЕВРЕМЕННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. работодатель
2. цеховой врач
3. специалист Роспотребнадзора
4. профпатолог

42. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ПРОВОДЯТСЯ В

1. медицинских организациях, имеющих медицинскую лицензию на право проведения предварительных и периодических медицинских осмотров
2. специализированных стационарах, имеющих медицинскую лицензию на право оказания медицинской помощи
3. амбулаторно-медицинских организациях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на право проведения предварительных и периодических медицинских осмотров
4. центрах здоровья, имеющих договор с промышленным предприятием на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров

43. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЛЯ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА, ПРОВОДЯТСЯ ПО

1. приказу Минздрава
2. инициативе работодателя
3. инициативе работника
4. решению профсоюзной организации

44. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИЛИ ПЕРИОДИЧЕСКОГО ОСМОТРА МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

1. формирует постоянно действующую врачебную комиссию
2. назначает отдельных врачей
3. рекомендует обращаться к своему участковому врачу
4. рекомендует обращаться к отдельным специалистам

45. НА ЛИЦО, ПРОХОДЯЩЕЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР, В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОФОРМЛЯЮТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

1. амбулаторного больного
2. обследуемого
3. пациента стационара
4. вредных условий труда

46. В ЗАКЛЮЧЕНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИЛИ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА РАБОТНИКОВ ДОЛЖНО БЫТЬ УКАЗАНО

1. выявлены ли медицинские противопоказания к работе во вредных условиях труда
2. может ли работник работать в данной сфере производства
3. есть ли у работника заболевания
4. может ли работник выполнять данную работу

47. РАБОТНИКИ В ВОЗРАСТЕ ДО 21 ГОДА ПРОХОДЯТ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

1. год
2. 2 года
3. полгода
4. квартал

48. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА ХРАНИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

1. 50 лет
2. 25 лет
3. 10 лет
4. 5 лет

49. ВОДИТЕЛИ АВТОТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ ЕЖЕДНЕВНО ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

1. предрейсовый
2. периодический
3. предварительный
4. послерейсовый

50. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ЦЕНТР ПРОФПАТОЛОГИИ ДОЛЖЕН

1. направить заключение в 3-х дневный срок в территориальный орган Роспотребнадзора, работодателю, страховщику и медицинской организации, направляющей работника
2. направить экстренное извещение в территориальный орган Роспотребнадзора
3. составить заключение и в 10-дневный срок направить его в центр профпатологии
4. составить заключение и в 10-дневный срок направить его работнику и медицинскую организацию по месту жительства работника

51. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕДОСМОТРЫ ДЛЯ УСТРАИВАЮЩИХСЯ НА ПРЕДПРИЯТИЕ С ВРЕДНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ

1. профилактики профессиональной заболеваемости
2. предупреждения респираторных заболеваний
3. достижения высокой производительности труда
4. выявления туберкулеза

52. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМ ДОКУМЕНТОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. приказ Минздравсоцразвития РФ № 302н
2. Трудовой кодекс РФ
3. закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
4. приказ Минздравсоцразвития РФ № 83

53. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. перечнем вредных и (или) опасных производственных факторов, перечнем работ
2. вредными факторами на предприятии и стажем работы
3. особенностями технологического процесса
4. списком, работников направленных на осмотр

54. КАКАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ СПЕЦИАЛИСТУ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ МЕДОСМОТРОВ

1. контролирующая, итоги осмотра
2. главная
3. организующая
4. исполнительная

55. ЛИЦА, ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ, ПОДЛЕЖАТ ПЕРИОДИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ, СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ РФ №302Н

1. 1 раз в 2 года
2. 2 раза в год
3. 1 раз в год
4. ежеквартально

56. ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. министерством здравоохранения РФ
2. работодателем
3. территориальными органами Роспотребнадзора
4. инспекцией по труду

57. ЧЛЕНАМИ КОМИССИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ МОГУТ БЫТЬ

1. врачи специалисты, прошедшие в рамках своей специальности подготовку по профпатологии
2. врачи узких специальностей, по которым проводятся периодические медицинские осмотры
3. специалисты Роспотребнадзора
4. представители профкома и работодателя

58. ВНЕОЧЕРЕДНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ РАБОТАЮЩИХ МОГУТ ПРОВОДИТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ

1. рекомендаций, указанных в заключительном акте
2. заключений территориальных органов роспотрбнадзора с обоснованием причины
3. досрочного осмотра (обследования)
4. заключений профсоюзной организации и работодателя о необоснованных льготах работающих
5. постановления прокуратуры

59. РАБОТНИКИ ПРЕДПРИЯТИЯ ПРОХОДЯТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЕЖЕГОДНЫЕ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ (ОБСЛЕДОВАНИЯ) ДО

1. 21 года
2. 20 лет
3. 31 года
4. 17 лет

60. ЖЕНЩИНЫ, ПОДВЕРГШИЕСЯ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ, ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ

1. ежегодно
2. раз в три года
3. раз в два года
4. ежемесячно

61. ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ РАБОТАЮЩИХ ПРИ УРОВНЯХ ШУМА ПРЕВЫШАЮЩИХ ПДУ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ И СОЦРАЗВИТИЯ РФ № 302Н ОТ 12 АПРЕЛЯ 2011Г. ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ

1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. ежеквартально
4. 1 раз в 2 года

62. ПОРЯДОК ПЕРИОДИЧНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

1. федеральным органом исполнительной власти
2. администрацией предприятия
3. медицинским учреждением, обслуживающим предприятие
4. страховой компанией

63. ВРАЧ ПО ГИГИЕНЕ ТРУДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

1. определяет контингенты, подлежащие медосмотру
2. согласовывает поименный список осматриваемых
3. знакомит врачей медсанчасти с условиями труда на предприятии
4. составляет план проведения медосмотров
5. участвует в проведении медосмотра

64. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ВНЕОЧЕРЕДНЫХ ДОНЕСЕНИЙ ОБ ОСТРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НЕОБХОДИМО

1. при летальном исходе
2. при числе пострадавших более 10
3. при числе пострадавших более 3
4. все перечисленное верно

65. К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1. предупреждение возникновения заболеваний
2. предупреждение ухудшения состояния здоровья, лечение и реабилитацию
3. раннюю диагностику заболеваний у лиц, уже подвергшихся воздействию или имеющих факторы риска
4. определение степени утраты трудоспособности и (или) группы инвалидности

66. КО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1. раннюю диагностику заболеваний у лиц, уже подвергшихся воздействию или имеющих факторы риска
2. предупреждение ухудшения состояния здоровья, лечение и реабилитацию
3. предупреждение возникновения заболеваний
4. определение степени утраты трудоспособности и (или) группы инвалидности

67. К ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1. предупреждение ухудшения состояния здоровья, лечение и реабилитацию
2. предупреждение возникновения заболеваний
3. раннюю диагностику заболеваний у лиц, уже подвергшихся воздействию или имеющих факторы риска
4. определение степени утраты трудоспособности и (или) группы инвалидности

68. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В

1. профпатологическом центре
2. больничных учреждениях общего профиля
3. амбулаторно-поликлинических учреждениях по мету жительства
4. медсанчасти предприятия

69. ИНДЕКС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

1. категории риска и тяжести
2. индивидуальному риску
3. групповому риску
4. профессионально-обусловленной заболеваемости

70. ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. путем оценки гигиенических условий труда
2. по уровню профессиональной заболеваемости
3. по уровню общей заболеваемости
4. смертности

71. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОФРИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО

1. показателям состояния здоровья
2. оценке условий труда
3. стажу работы
4. категориям тяжести и напряженности

72. С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ РАССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЯ ОСТРОГО ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ) ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ НЕ ПОЗЖЕ (ЧАС)

1. 24
2. 72
3. 48
4. 90

73. ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЗООНОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ДОЛЖНО РАССЛЕДОВАТЬСЯ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ

1. немедленно
2. через сутки
3. спустя час
4. через 2 часа

74. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫЗЫВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ

1. химическими
2. физическими
3. биологическими
4. психофизиологическими

75. ВРАЧ ПО ГИГИЕНЕ ТРУДА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЕТСЯ В СОСТАВ КОМИССИИ ПО РАССЛЕДОВАНИЮ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

1. лучевой болезни
2. обморожений и ожогов
3. теплового удара
4. солнечного удара

76. УСЛОВИЯ ТРУДА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ НА

1. работоспособность и здоровье работника
2. время воздействия яда на организм
3. микроклимат в цехе
4. эффективность работы вентиляции

77. ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ И ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА, ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВЫШАЮЩИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НОРМАТИВЫ, ПРИНЯТЫЕ ДЛЯ РАБОЧЕГО МЕСТА И ВЫЗЫВАЮЩИЕ ТРАВМУ, ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ СМЕРТЬ, ОПРЕДЕЛЯЮТ, КАК УСЛОВИЯ ТРУДА

1. опасные
2. плохие
3. вредные
4. нежелательные

78. ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОРГАНИЗАЦИЮ И СВОЕВРЕМЕННОЕ ПРОХОЖДЕНИЕ РАБОТАЮЩИМИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДОСМОТРОВ

1. администрация предприятия, учреждения или организации
2. администрация и Роспотребнадзор
3. лечебно-профилактические учреждения, проводящие медосмотры
4. администрация предприятия, Роспотребнадзор, ЛПО
5. ЛПО и Роспотребнадзор

**Нормативные документы**

* Приказ № 302н от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»;
* Приказ № 417н от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний».

**Ситуационные задачи**

# **Решение типовой ситуационной задачи по расследованию случая профессионального заболевания.**

У рабочего склада при работе с горюче-смазочными материалами появились симптомы острого отравления бензином. Врач здравпункта поставил диагноз 22.10.05 г. в 10 часов. Экстренное извещение в Роспотребнадзор было отправлено 23.10.05. в 8.00 и получено 23.10.05 в 9.00. Врач по гигиене труда приступил к расследованию 23.10.05 в 10.00. Акт расследования составлен в 3-х экземплярах.

Укажите нарушения, допущенные при расследовании случая профессионального заболевания?

**Эталон решения:**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 967 от15 декабря 2000 г. «Об утверждении положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» нарушены сроки при расследовании случая профессионального заболевания:

-врач по гигиене труда должен в течение суток составить санитарно-гигиеническую характеристику профессии и отправить ее в медицинское учреждение, которое передает документы в Центр профпатологии для выставления окончательного диагноза профессионального заболевания;

- акт расследования должен быть составлен в 5 экземплярах.

**Тема 2 «Профессиональные заболевания лёгких. Пневмокониозы».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* практические навыки;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Классификация профессиональных заболеваний лёгких. Понятие о пневмокониозах. Классификация пневмокониозов (1976 г., 1995 г.). Особенности разных групп пневмокониозов.

2. Силикоз, как пневмокониоз, занимающий центральной место среди пневмокониозов. Этиопатогенез, клиника, диагностика, течение и осложнения, лечение, профилактика.

3. Силикотуберкулез. Краткие сведения о других пневмокониозах (асбестоз, пневмокониоз сварщика, антракоз и т.д.).

4. Бериллиоз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

**Тестовые задания**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВЫЗЫВАЕМЫМИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ПЫЛЬЮ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. сидероз, бериллиоз
2. асбестоз, ларингит
3. антракоз, силикоз
4. флюороз, кератиты

2. ПНЕВМОКОНИОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОФИБРОГЕННОЙ ПЫЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. силикоз
2. оливиноз
3. графитоз
4. антракоз

3. ПНЕВМОКОНИОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ АЭРОЗОЛЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. алюминоз
2. оливиноз
3. графитоз
4. силикоз

4. ПНЕВМОКОНИОЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ СЛАБОФИБРОГЕННОЙ ПЫЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. антракоз
2. антракосиликоз
3. силикоз
4. силикосидероз

5. ПРИ ДЕЙСТВИИ ПЫЛИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВО ВРЕМЯ ДОБЫЧИ КАМЕННОГО УГЛЯ, У РАБОЧИХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

1. антракоз
2. баритоз
3. асбестоз
4. сидероз

6. НАИБОЛЬШЕЙ ФИБРОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ АЭРОЗОЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ

1. свободный диоксид кремния
2. карбонат кальция
3. оксиды железа
4. оксиды марганца

7. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИЛИКОЗА ПРИВОДИТ ПЫЛЬ, СОДЕРЖАЩАЯ

1. свободную двуокись кремния
2. железо
3. каменный уголь
4. асбест

8. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИДЕРОЗА ПРИВОДИТ ПЫЛЬ, СОДЕРЖАЩАЯ

1. железо
2. свободную двуокись кремния
3. каменный уголь
4. асбест

9. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ АНТРАКОЗА ПРИВОДИТ ПЫЛЬ, СОДЕРЖАЩАЯ

1. каменный уголь
2. железо
3. свободную двуокись кремния
4. асбест

10. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТ ДЕЙСТВИЯ АЭРОЗОЛЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ФИБРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ (АПФД) ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. спирометрия
2. электрокардиография
3. реовазография периферических сосудов
4. определение телец Гейнца в крови

11. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТ ДЕЙСТВИЯ АПФД РЕКОМЕНДУЮТСЯ

1. рентгенография грудной клетки и спирометрия
2. спирометрия и электрокардиография
3. реовазография периферических сосудов
4. определение телец Гейнца в крови и исследование функции внешнего дыхания

12. К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЕМЫМ УГЛЕРОДСОДЕРЖАЩЕЙ ПЫЛЬЮ, ОТНОСЯТСЯ

1. антракоз, графитоз
2. силикатоз, бериллиоз
3. сидероз, алюминоз
4. ларингиты, дерматиты

13. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ БОЛЕЕ РАННЕМУ РАЗВИТИЮ И БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ТЕЧЕНИЮ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

1. физико-химические свойства пыли
2. повышенная концентрация пыли в рабочей зоне
3. повышенная влажность
4. высокая температура воздуха
5. большая физическая нагрузка

14. ФОРМЫ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ОТ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПЫЛИ

1. асбестоз
2. марганокониоз
3. талькоз
4. сидероз
5. биссиноз

15. ОСАЖДАЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ТРАХЕИ И КРУПНЫХ БРОНХОВ ЧАСТИЦЫ ПЫЛИ С РАЗМЕРАМИ

1. более 20 мкм
2. более 10 мкм
3. менее 5 -7 мкм
4. более 5 мкм

16. ОСАЖДАЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ МЕЛКИХ БРОНХОВ ЧАСТИЦЫ ПЫЛИ С РАЗМЕРАМИ

1. более 20 мкм
2. более 10 мкм
3. менее 5 - 7 мкм
4. более 5 мкм

17. СИЛИКОЗ, ВОЗНИКШИЙ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ КОНТАКТА С ФИБРОГЕННОЙ ПЫЛЬЮ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ НЕПРЕРЫВНО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ФИБРОЗОМ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ

1. к «острому» силикозу
2. к хроническому быстро прогрессирующему силикозу
3. к хроническому медленно прогрессирующему силикозу
4. к хроническому позднему силикозу

18. ПОПАДАЮТ В ПРОСВЕТ АЛЬВЕОЛ ПЫЛЕВЫЕ ЧАСТИЦЫ С РАЗМЕРАМИ

1. более 20 мкм
2. более 10 мкм
3. менее 5 7 мкм
4. более 5 мкм

19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДВУСТОРОННЕГО УСИЛЕНИЯ, ДЕФОРМАЦИИ БРОНХОЛЕГОЧНОГО РИСУНКА, СИММЕТРИЧНОГО РАСШИРЕНИЯ, УПЛОТНЕНИЯ, ДЕФОРМАЦИИ КОРНЕЙ ЛЕГКИХ, ОТСУТСТВИЕ РАСШИРЕНИЯ ТЕНИ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ К

1. силикозу I стадии
2. силикозу II стадии
3. силикозу III стадии
4. силикотуберкулезу
5. синдрому Каплана

20. ДЛЯ БЕРИЛЛИОЗА ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. формирование гиперчувствительного иммуннокомплексного пневмонита
2. формирование диффузного гранулематозного пневмофиброза
3. формирование гранулем во внутренних органах
4. все типичны

21. К ФИБРОГЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ СВАРОЧНОЙ АЭРОЗОЛИ ОТНОСИТСЯ

1. аэрозоль железа
2. аэрозоль бериллия
3. аэрозоль кремния диоксида
4. окись углерода
5. взвесь частичек сажи

22. ОСАЖДАЮТСЯ В НОРМАЛЬНЫХ АЛЬВЕОЛАХ ПЫЛЕВЫЕ ЧАСТИЦЫ С РАЗМЕРАМИ

1. более 20 мкм.
2. более 10 мкм
3. менее 5 -7 мкм
4. более 5 мкм

23. НА МЕСТЕ СИЛИКОТИЧЕСКИХ УЗЕЛКОВ ВОЗНИКАЮТ

1. сливные поля фиброза
2. известковые депозиты
3. каверны
4. все перечисленное

24. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА УПЛОТНЕНИЯ, РАСШИРЕНИЯ, ДЕФОРМАЦИИ КОРНЕЙ ЛЕГКИХ, УСИЛЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОГО РИСУНКА, БАЗАЛЬНОЙ ЭМФИЗЕМЫ, УТОЛЩЕНИЯ, ДЕФОРМАЦИИ КОНТУРОВ ПЛЕВРЫ, В СОЧЕТАНИИ С УЗЕЛКОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, СИММЕТРИЧНО РАЗБРОСАН­НЫМИ ПО ВСЕМ ПОЛЯМ, ИМЕЮЩИЕ ОДИНАКОВЫ РАЗМЕРЫ (ОТ 1 **-**2 ДО 18- 10 ММ) И ПЛОТНОСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ

1. силикозу I стадии
2. силикозу II стадии
3. силикозу III стадии
4. силикотуберкулезу
5. синдрому Каплана

25. СИЛИКОЗ, СФОРМИРОВАВШИЙСЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА РАБОТЫ В СРЕДЕ ВЫСОКОФИБРОГЕННОЙ ПЫЛИ (СОДЕРЖАЩЕЙ БО­ЛЕЕ 10% SIО2**),** ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ УПОРНО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ, БЫСТРЫМ, В ТЕЧЕНИЕ 1-3 ЛЕТ, ФОРМИРОВАНИЕМ МАС­СИВНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ

1. к «острому» силикозу
2. к хроническому быстро прогрессирующему силикозу
3. к хроническому медленно прогрессирующему силикозу
4. к хроническому позднему силикозу

26. ДЛЯ СИЛИКОЗА ТИПИЧНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ В ФОРМЕ

1. хронического пылевого бронхита
2. эмфиземы легких
3. плеврита
4. легочного сердца

27. ДЛЯ ОСТРОГО БЕРИЛЛИОЗА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

1. острый трахеобронхит
2. острый бронхиолит
3. токсический пневмонит
4. острый бронхит

28. ФОРМИРОВАНИЕ БИССИНОЗА ОБУСЛОВЛЕНО

1. присутствием на поверхности волокон плесневых грибков, вырабатывающих гистаминоподобные субстанции
2. присутствием в составе хлопковых волокон веществ, способ­ных инактивировать гистаминазу в слизистой бронхов
3. сенсибилизирующими свойствами белковых веществ, вхо­дящих в состав растительных волокон
4. всем перечисленным

29. МЕТАЛЛОКОНИОЗ ВЫЗЫВАЕТ ВДЫХАНИЕ СЛЕДУЮЩЕЙ ПЫЛИ

1. содержащей частицы кварца
2. содержащей частицы асбеста
3. содержащей частицы железа
4. содержащей частицы графита
5. содержащей частицы талька

30. СИЛИКОЗ, СФОРМИРОВАВШИЙСЯ ВТЕЧЕНИЕ 3~5 ЛЕТ РАБОТЫ В СРЕДЕ УМЕРЕННОФИБРОГЕННОЙ НЫЛИ (СОДЕРЖАЩЕЙМЕНЕЕ 10% SIО2), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ, С ПЕРЕХОДОМ ОТ НАЧАЛЬНОЙ К ПОСЛЕДУЮЩИМ СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕРЕЗ 2-3 ГОДА ОТНОСИТСЯ

1. к «острому» силикозу
2. к хроническому быстро прогрессирующему силикозу
3. к хроническому медленно прогрессирующему силикозу
4. к хроническому позднему силикозу

31. ПРИ ПЕРЕХОДЕ СИЛИКОЗА В СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРНО

1. возникает или усиливается кашель
2. потливость
3. положительные результаты кожных туберкулиновых проб
4. все перечисленные

32. КАРБОКОНИОЗЫ ВЫЗЫВАЕТ ВДЫХАНИЕ ПЫЛИ

1. содержащей частицы кварца
2. содержащей частицы угля, графита
3. содержащей частицы талька
4. содержащей частицы апатита
5. содержащей частицы асбеста

33. ФИБРОГЕННОСТЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ ЗАВИСИТ

1. от концентрации пылевых частиц во вдыхаемом воздухе
2. от содержания в пыли грибков и бактерий
3. от содержания в пыли частиц гидроокиси кремния
4. от содержания в пыли частиц двуокиси кремния
5. от длительности пребывания в запыленных условиях

34. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АСИММЕТРИЧНО РАСПОЛОЖЕННЫХ КРУПНЫХ УЗЛОВ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ, ФОРМЫ НА ФОНЕ ГРУБОЙ ДЕФОРМАЦИИ БРОНХОЛЕГОЧНОГО РИСУНКА, КОРНЕЙ ЛЕГКИХ, УТОЛЩЕНИЯ И ДЕФОРМАЦИИ ПЛЕВРЫ, МЕЖПЛЕВРАЛЬНЫХ СПАЕК, БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ, С ВЫЯВЛЕНИЕМ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЩЕЛЕВИДНЫХ, НЕ СОДЕРЖАЩИХ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ КАВЕРН СООТВЕТСТВУЕТ

1. силикотуберкулезу
2. силикозу III стадии
3. силикозу II стадии
4. силикозу I стадии
5. синдрому Каплана

35. БЕРИЛЛИОЗ ЭТО

1. пневмокониоз, вызываемый токсико-аллергическим агентом
2. пневмокониоз, вызываемый слабофиброгенным агентом
3. пневмокониоз, вызываемый высокофиброгенным агентом
4. все определения правильные

36. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ

1. воспалительная реакция лёгочной паренхимы
2. отёк лёгких
3. диффузный пневмосклероз очажкового типа
4. бронхоэктазы с абсцедированием

37. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

1. исследование внешнего дыхания
2. биохимические исследования крови
3. иммунологические исследования
4. рентгенологические методы исследования

38. ДЛЯ СИЛИКОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАК

1. туберкулёз
2. рак
3. пневмония
4. ревматизм
5. подагра
6. ревматоидный артрит

39. ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИЛИКОЗА РЕАЛЬНА В СЛЕДУЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ

1. рабочие литейных цехов
2. проходчики тоннелей
3. строительные рабочие
4. работницы ткацких цехов
5. рабочие льнообрабатывающих производств

40. МЕТАЛЛОКОНИОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ ПО ТИПУ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ПНЕВМОНИТА

1. берилиоз
2. сидероз
3. алюминоз
4. силикатоз
5. силикоз

41. НАЗОВИТЕ ТИП ФИБРОЗА, БОЛЕЕ ТИПИЧНОГО ДЛЯ АСБЕСТОЗА

1. узелковый
2. узловой
3. интерстициальный

**Практические навыки**

* Курация больного.

**Ситуационные задачи**

В центр профессиональной патологии поступила больная 44 лет, направленная после периодического осмотра врачами медико-санитарной части машиностроительного завода. В течение 18 лет работает шлифовщицей в литейном цехе.

Жалуется на кашель, нерезкую одышку при подъёме по лестнице. Кашель беспокоит уже 4-5 лет, вначале был сухим, в последние месяцы появилась скудная вязкая мокрота, тогда же стала замечать одышку.

Перенесённые заболевания; пневмония (в детстве), дизентерия (12 лет назад).

При осмотре – жёсткое дыхание, единичные жужжащие хрипы в межлопаточной и подлопаточной областях, перкуторный звук в нижних отделах с коробочным оттенком, в остальном – без отклонений от нормы. Функция внешнего дыхания не исследовалась. На рентгенограмме незначительное уплотнение корней, нерезкое усиление лёгочного рисунка в нижних отделах.

1. Сформулируёте предварительный диагноз.
2. Какие данные Вы считаете необходимыми для установки окончательного диагноза?

**Тема 3 «Профессиональный бронхит. ХОБЛ, профессиональная бронхиальная астма».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* практические навыки;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиопатогенез про­фессиональных бронхитов. Классификация. Клиника. Ди­агностика. Значение бронхоскопии в ус­тановлении профессионального генеза заболевания.

2. Особенности диагностики, профессиональной бронхиальной астмы. Тесты элиминации, реэкспозиции, экс­позиции. Роль ингаляционных проб в ди­агностике профессиональной бронхиаль­ной астмы. Лечение. Профилактика. Прогноз. Врачебно-трудовая экспертиза.

**Тестовые задания**

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ

1. эпоксидиие смолы
2. канифоль
3. асбест
4. уголь
5. свободная двуокись кремния
6. хром
7. белково-витаминный концентрат

2. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ПРИ ПЫЛЕВЫХ БРОНХИТАХ

1. гипертрофический
2. атрофический
3. гипотрофический

3. ДЛЯ ХОБЛ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ СПИРОМЕТРИИ ХАРАКТЕРНО

1. ОФВ1>80%, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера) ˂ 0,7
2. 80% >ОФВ1>50%, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера) ˂ 0,7
3. 50% >ОФВ1>30%,, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера) ˂ 0,7
4. характерно все

4. К КОМПОНЕНТАМ СВАРОЧНОЙ АЭРОЗОЛИ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРО­ФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОТНОСИТСЯ

1. аэрозоль железа
2. аэрозоль кремния диоксида
3. аэрозоль хрома
4. окись углерода
5. взвесь частичек сажи

5. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ УДУШЬЯ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОТНОСЯТСЯ

1. β-агонисты короткого действия: сальбутамол, фенотерол
2. антихолинергические препараты: ипратропиум бромид, тиотропиум бромид, атропин
3. глюкокортикостероидные препараты бекламетазон, будесонид, флутиказон
4. теофиллины длительного действия: теопэк, теотард
5. производные кромглициевой кислоты: кромолин, дитэк, интал

6. К ХРОНИЧЕСКОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ПЫЛЕВОМУ БРОНХИТУ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. хроническое диффузное неаллергическое воспалительное заболевание бронхов
2. заболевание возникает в результате длительной работы в условиях высокого содержания во вдыхаемом воздухе умеренно агрессивной смешанной пыли
3. заболевание ведетк прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена по обструктивному типу
4. заболевание может предшествовать или сочетаться с профессиональной бронхиальной астмой

7. К ПРЕПАРАТАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТСЯ

1. β-агонисты короткого действия: сальбутамол, фенотерол
2. антихолинергические препараты: ипратропиум бромид, тиотропиум бромид
3. глюкокортикостероидные препараты бекламетазон, будесонид, флутиказон
4. теофиллин короткого действия: эуфиллин, аминофиллин
5. производные кромглициевой кислоты: кромолин, дитэк, интал

8. К ХРОНИЧЕСКОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ПЫЛЕВОМУ БРОНХИТУ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА

1. возникает неспецифическая гиперреактивность бронхов, проявляющаяся бронхоспастической реакцией в ответ на воздействие пылевого фактора
2. возникает и постепенно прогрессирует эндобронхит, способный привести к необратимой обструкции бронхов
3. возникает диффузный гранулематозный пневмосклероз, приводящий к рестриктивным нарушениям вентиляционной функции легких

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ПРИ СПИРОМЕТРИИ ВАЖНО ЗНАЧЕНИЕ

1. ЖЕЛ
2. ФЖЕЛ
3. ОФВ1
4. индекс Тиффно
5. постбронходилятационное значение индекса Генслера (ОФВ1/ФЖЕЛ)

10. СТАЖЕМ РАБОТЫ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА, ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. до 3 лет
2. до 5 лет
3. до 10 лет
4. свыше 10 лет

11. ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СТРУКТУР ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ЛЕГКИМ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ

1. c клеточной инфильтрацией эозинофилами
2. c клеточной инфильтрацией нейтрофилами
3. c необратимой обструкцией
4. c вариабельностью ФОВ в течение суток более 20%

12. ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СТРУКТУР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ БРОНХИТЕ

1. c клеточной инфильтрацией эозинофилами
2. c клеточной инфильтрацией нейтрофилами
3. c вариабельностью ФОВ в течение суток более 20% в выходные дни
4. c вариабельностью ФОВ в течение суток более 20% в рабочие дни

13. ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СТРУКТУРАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1. c преобладанием нейтрофилов на фоне макрофагов
2. c преобладанием эозинофилов на фоне макрофагов
3. c повышением концентрации нейтрофильной миелопероксидазы
4. c повышением концентрации Н2О2

14. ГЛАВНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

1. начало в зрелом возрасте
2. повышенный уровень иммуноглобулина Е в крови к производственным аллергенам
3. часто отрицательные кожные пробы с аллергенами
4. рецидивирующие полипы носа
5. сочетание с непереносимостью аспирина
6. ухудшение состояния здоровья на работе

15. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1. контакт с аллергеном на рабочем месте
2. сочетание с другими аллергическими проявлениями
3. положительные результаты лабораторных иммунологических тестов
4. связь ухудшений с работой

16. РАННИМ И ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. появление ощущения дыхательного дискомфорта во время физической нагрузки
2. появление ощущения дыхательного дискомфорта на производстве и улучшение самочувствия за его пределами (симптом «понедельника»)
3. появление ощущения дыхательного дискомфорта в домашних условиях и улучшение самочувствия на производстве
4. легочное кровотечение

17.ПРЕДВЕСТНИКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. частые простудные заболевания
2. аллергические реакции в виде назофарингитов, коньюктивитов и крапивницы
3. отягощенная наследственность
4. аллергические реакции на бытовые аллергены

18. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ О НАЛИЧИИ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ НЕОБХОДИМО

1. ежедневные двухразовые измерения объемной быстроты выдоха (PEF), или ОФВ1 на протяжении двух недель
2. ежедневные 4-разовые измерения объемной быстроты выдоха (PEF), или ОФВ1 на протяжении двух недель
3. эпизодические, на протяжении месяца измерения объемной быстроты выдоха (PEF), или ОФВ1)
4. фармакологические пробы с гистамином или карбохолином

19. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНИХАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. запыленность и загазованность воздушной среды
2. наличие атопии
3. курение
4. наследственность
5. вирусная инфекция

20. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНИХАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. зерновая пыль
2. бактериальная инфекция
3. волокнистая пыль
4. древесная пыль
5. вирусная инфекция

21. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА РАЗВИВАЕТСЯ

1. в первые 2 - 5 лет контакта с органической пылью
2. в первые 5 - 7 лет контакта с органической пылью
3. в первые 7 - 10 лет контакта с органической пылью
4. по достижении 15-летнего стажа работы в контакте с органической пылью

22. ПРОВОКАЦИОННЫЕ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТСЯ

1. в период ремиссии
2. в период обострения
3. не проводится в связи с низкой информативностью

23.АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ ТЕСТАМИ ОБНАРУЖЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АСТМОЙ МОЖНО СЧИТАТЬ

1. метахолиновую провокацию
2. гистаминовую провокацию
3. пробы с дозированной физической нагрузкой и холодным воздухом
4. пробу с холинолитиками (атровентом)

24.ПРОБЫ С БРОНХОДИЛЯТАТОРАМИ КАК И ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНООБУСЛОВЛЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

1. во время действия профессиональных факторов производства
2. после перерыва в контакте с профессиональными факторами производства
3. независимо от времени контакта с вероятным алергеном

25. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИРОСТ ОФВ1 В ТЕСТЕ С БРОНХОДИЛЯТАТОРОМ

1. больше 5% от исходных данных
2. больше 10% от исходных данных
3. больше 15% от исходных данных
4. больше 20% от исходных данных
5. больше 25% от исходных даннях

26. ОСНОВНЫМИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. начальное тяжелое течение болезни
2. развитие болезни в молодом возрасте
3. контакт с профессиональными вредностями
4. ухудшение состояния на рабочем месте и его улучшение за пределами производства

27.ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В СТРУКТУРЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ИГРАЮТ

1. стрептококки
2. пневмококки
3. стафилококки
4. палочка инфлюенцы
5. вирусно-бактериальные ассоциации

28**.** ПРИ ПЫЛЕВОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ

1. рано возникают нарушения сердечно-сосудистой деятельности
2. не наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой деятельности
3. наблюдаются только при наличии ДН II - III степени

29**.** ОСНОВНЫМ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. исследование функции внешнего дыхания
2. бронхоскопия
3. рентгенография органов грудной полости
4. исследование газов крови
5. рентгеноскопия органов грудной полости

30. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЫЛЕВОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. активный воспалительный бактериальный процесс в бронхах
2. наличие пневмонии, возникшей на фоне хронического пылевого бронхита
3. наличие декомпенсированного легочного сердца
4. профилактика обострений хронического бронхи та

31. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. анализ мокроты
2. бронхоскопия
3. кожные пробы
4. исследования функции внешнего дыхания
5. рентгенография легких

32. БЕЗУСЛОВНЫМИ ФОРМАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1. бронхиальная астма по типу атопической
2. аспириновая астма
3. астма физического усилия
4. бронхиальная астма с аллергией к производственным и инфекционным факторам

33. МЕТОДАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАННЫМИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ ЭТИОЛОГИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ВЫЗВАННОЙ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХИМИЧЕСКИХ АЛЛЕРГЕНОВ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. кожные пробы
2. нозальной провокационный тест
3. провокационная ингаляционная проба
4. методы специфической иммунодиагностики

34. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ТИПУ АТОПИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. симптом экспозиции
2. неотягощенный аллергологический анамнез
3. симптом элиминации
4. выраженная дыхательная недостаточность
5. положительных результатов провокационной ингаляционной пробы

35. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С АЛЛЕРГИЕЙ К ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ И ИНФЕКЦИОННЫМ ФАКТОРАМ ЯВЛЯЮТСЯ

1. симптомы экспозиции и элиминации
2. контакт с производственными аллергенами
3. положительные результаты кожных проб с бактериальными аллергенами
4. положительные результаты специфических иммунологических тестов
5. положительные результаты провокационной ингаляционной пробы

36. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ТИПУ АТОПИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. симптомы экспозиции
2. неотягощенный аллергологический анамнез
3. симптомы элиминации
4. выраженная дыхательная недостаточность
5. положительные результаты провокационной ингаляционной пробы

**Практические навыки**

* Курация больного.

**Ситуационные задачи**

# Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Профессиональная бронхиальная астма».

В центр профессиональной патологии поступила больная после купированного приступа бронхиальной астмы. Больной 53 года, в течение 20 лет она работала аппаратчицей на фармацевтическом производстве и занималась грануляцией и таблетированием аминазина и сульфаниламидных препаратов. Запылённость на рабочем месте превышала ПДК в 1,2-1,5 раза. Лет 10 назад после перенесённого простудного заболевания начала кашлять. Вначале кашель был сухим, затем появилась слизисто-гнойная мокрота. Больная стала отмечать одышку при физической нагрузке, периодически – субфебрилитет. Постепенно кашель и одышка усилились. В настоящее время при пребывании в запылённой среде, физическом напряжении, выходе из тёплого помещения на холод появляется удушье, сопровождающееся хрипами, слышными на расстоянии.

При объективном исследовании – нерезкий цианоз слизистых. Дыхание жёсткоослабленное, выдох удлинён. С обеих сторон жужжащие хрипы, справа единичные свистящие, под правой лопаткой незвучные влажные хрипы.

1. Основываясь на приведённых данных и принимая во внимание, что пыль аминазина и сульфаниламидов обладает сенсибилизирующими свойствами, выскажите своё мнение о генезе бронхиальной астмы у больной.
2. Обоснуйте свой ответ.

**Тема 4 «Профессиональные заболевания, связанные с воздействием вредных производственных физических факторов. Вибрационная болезнь. Нейросенсорная тугоухость».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* практические навыки;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1.Определение. Этиопатогенез. Клиническая картина при заболеваниях, связанных с воздействием общей и локальной вибрации.

2. Стадии болезни. Диагностика.

3.Определение. Этиопатогенез. Клини­ческая картина при заболеваниях, связанных с воздействием шума.

4. Стадии болезни. Диагностика.

**Тестовые задания**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ ВОЗНИКАЕТ БЫСТРЕЕ, ЕСЛИ ШУМ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР

1. непостоянный и тональный
2. постоянный
3. тональный и постоянный
4. широкополосный

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ИМЕЕТ

1. 4 степени
2. 3 степени
3. 5 степеней
4. 6 степеней

3. ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ (ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СИНДРОМЫ

1. ангиспастический
2. вегето-сенсорной полиневропатии верхних конечностей
3. цереброкардиальный
4. вестибулярный

4. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, УСИЛИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ ШУМА НА ОРГАНИЗМ РАБОТАЮЩЕГО, ЯВЛЯЕТСЯ

1. неблагоприятные метеоусловия
2. вибрация
3. токсические вещества
4. вынужденная рабочая поза
5. напряжение зрения

5. ПО НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ, ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

1. бронхолегочной системы
2. сердечно-сосудистой системы
3. нервной системы
4. опорно-двигательного аппарата
5. системы крови

6. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОРАЖЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ВИБРАЦИЕЙ

1. нарушение тактильной чувствительности
2. ангиоспастический
3. поражение костно-суставной системы
4. поражение сердечно-сосудистой системы

7. ДЛЯ КАКОЙ СТАДИИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРЕН АТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. первой
2. второй
3. третьей
4. четвертой

8. ВИБРАЦИОННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИССЛЕДУЕТСЯ МЕТОДОМ

1. с помощью камертона
2. альгезиометра
3. рефлексометра
4. шепотной речи

9. РАЗВИТИЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ МОЖНО ОЖИДАТЬ

1. через 8-10 лет
2. после прекращения работы
3. через 2-5 года
4. через 1 год

10. РАЗВИТИЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ МЕСТНОЙ ВИБРАЦИИ МОЖНО ОЖИДАТЬ

1. через 5-7 лет
2. через 1-2 года
3. через 10-15 лет
4. через 1 год

11. КАКАЯ КАРТИНА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1 СТАДИИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

1. красный фон, уменьшение количества капилляров, ток крови замедлен
2. бледный фон, мелкие кровоизлияния
3. бледный фон, уменьшение количества капилляров, быстрый ток крови

12. КАКАЯ КАРТИНА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. красный фон, наличие кровоизлияний, медленный ток крови
2. бледный фон, извитые капилляры
3. бледно-розовый фон, узкие артериальный бранши и расширенные венозные

13. ПОРАЖЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. остеопорозом
2. остеосклерозом
3. остеомаляцией
4. нет изменений

14. В НОРМЕ ВИБРАЦИОННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ, ИЗМЕРЕННАЯ С ПОМОЩЬЮ КАМЕРТОНА, СОСТАВЛЯЕТ

1. 18 сек
2. 10 сек
3. 60 сек
4. 30 сек
5. 45 сек

15. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ОКАЗЫВАЕТ ВИБРАЦИЯ ЧАСТОТОЙ

1. 100-200 Гц
2. 16-25 Гц
3. 1000-2000 Гц
4. 300-500 Гц
5. 500-800Гц

16. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ (АУРАЛЬНОЕ) ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА НА ОРГАНИЗМ РАБОТАЮЩИХ

1. нейросенсорная тугоухость
2. вибрационная болезнь
3. кессонная болезнь
4. полиневропатия

17. ВИБРАЦИЯ КАКОЙ ЧАСТОТЫ ОЩУЩАЕТСЯ ТАКТИЛЬНО И НЕ ВОСПРИ­НИМАЕТСЯ ЗВУКОВЫМ АНАЛИЗАТОРОМ

1. менее 16 Гц
2. от 16 до 20 000 Гц
3. свыше 20 000 Гц
4. свыше 25 000 Гц

18. В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ С ВИБРОСКОРОСТЬЮ МЕНЕЕ 1 М/С НЕ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ИЗМЕНЕНИЯ

1. нарушения нейрогуморальной регуляции сосудистого и мышечного тонуса
2. атрофия рецепторных структур и нервных окончаний в системе восприятия и контроля болевых, тактильный ощущений
3. травмы в виде разрывов кожи, мышц, внутренних органов
4. патологические изменения в центрах регуляции болевой и тактильной чувствительности
5. изменения в суставах конечностей и позвоночника (остеоартроз)

19. III СТЕПЕНИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИЕЙ, СООТВЕТСТВУЮТ СИНДРОМ (СИНДРОМЫ)

1. периферический ангиодистонический синдром верхних ко­нечностей с редкими ангиоспазмами пальцев и синдром вегетативно-сенсорной полиневропатии верхних конечностей
2. синдром сенсорно-моторной полиневропатии верхних конечностей
3. синдром энцефалопатии и синдром полиневропатии с генерализованными акроангиоспазмами

20. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОД

1. паллестезиомертия
2. альгезиометрия
3. холодовая проба
4. проба с реактивной гиперемией

21. ДЛЯ МЕСТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ С ЧАСТОТОЙ 100-250 ГЦ ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

1. способствует увеличению объемного кровотока в сосудах
2. вызывает компенсаторную активацию вазоконстрикторных механизмов
3. в выходные дни вызывает формирование болезненных ишемических изменений в конечностях, подвергавшихся вибрации
4. способствует ликвидации ишемии и болевых ощущений в ко­нечностях при возобновлении работы с вибрирующим инструмен­том после выходного дня

22. НАЗОВИТЕ ГРУППУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ

1. заболевания, обусловленные воздействием биологических факторов
2. профессиональные заболевания, обусловленные воздействием физических факторов
3. профессиональные заболевания, обусловленные воздействие химических факторов
4. профессиональные заболевания, обусловленные воздействием пыли
5. профессиональные заболевания, обусловленные перенапряжением отдельных органов и систем

23. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИЕЙ, ФОРМИРУЮТ СИНДРОМ (СИНДРОМЫ)

1. вегетовестибулярный синдром
2. синдром вегетативно-сенсорной полиневропатии конеч­ностей
3. синдром Рейно

24. ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ШУМОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

1. 20 Дб
2. 40 Дб
3. 80 Дб
4. 100 Дб

25. ПРОВОДНИКАМИ ВИБРАЦИОННЫХ КОЛЕБАНИЙ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЮТСЯ СТРУКТУРЫ

1. кости скелета
2. мышцы
3. связки
4. хрящевые структуры
5. кровеносные сосуды

26. В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИЕЙ, I СТЕПЕНИ УЧАСТВУЮТ СИНДРОМЫ

1. центральный или периферический ангиодистонический синдром; синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневропатии нижних конечностей; вегетативно-вестибулярный синдром
2. вегетативно-вестибулярный синдром; синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневропатии нижних конечностей
3. синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневропатии нижних конечностей; синдром сенсорно-моторной полиневропатии
4. синдром сенсорно-моторной полиневропатии; центральный или периферический ангиодистонический синдром
5. синдром дисциркуляторной энцефалопатии в сочетании с периферической полиневропатией — синдром энцефалополиневропатии

27. ШУМ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ИНТЕНСИВНОСТИ

1. свыше 40 Дб
2. свыше 60 Дб
3. свыше 80 Дб
4. свыше 100 Дб
5. свыше 120 Дб

28. ЗОНА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПРОНИКАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ВИБРАЦИЙ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ИХ ЧАСТОТЫ ИЗМЕНЯЮТСЯ

1. проникающая способность и зона распространения увеличиваются
2. проникающая способность и зона распространения уменьшаются
3. проникающая способность и зона распространения не изме­няются
4. проникающая способность уменьшается
5. проникающая способность увеличивается

29. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИЕЙ, ФОРМИРУЮТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИНДРОМЫ

1. периферический ангиодистонический синдром верхних конечностей
2. анемический синдром и гемолитический синдром
3. периферический ангиодистонический и синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии верхних конечностей
4. вегетодистонический и астеноневротический синдромы
5. синдром вегетативно-сенсорной полинейропатии верхних конечностей

30. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИЕЙ, II СТЕПЕНИ ФОРМИРУЮТ СИНДРОМ (СИНДРОМЫ)

1. церебрально-периферический ангиодистонический синдром
2. синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневропатии с синдромом полирадикулоневропатии
3. синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневро­патии с вторичным пояснично-крестцовым корешковым синдро­мом вследствие остеохондроза поясничного отдела позвоночника
4. синдром сенсорной или вегетативно-сенсорной полиневро­патии с функциональными нарушениями нервной системы — синдром неврастении

31. I СТЕПЕНИ ТУГОУХОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ СЛУХА НА

1. снижение слуха на 1-10 Дб
2. снижение слуха на 11-20 Дб
3. снижение слуха на 21-30 Дб
4. снижение слуха на 31-45 Дб
5. снижение слуха более чем на 45 Дб

32. В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ С ВИБРОСКОРОСТЬЮ СВЫШЕ 1 М/С ВОЗНИКАЮТ ИЗМЕНЕНИЯ

1. травмы в виде разрывов кожи, мышц, внутренних органов
2. нарушения нейрогуморальной регуляции сосудистого тонуса
3. нарушения нейрогуморальной регуляции мышечного тонуса
4. атрофия рецепторных структур и нервных окончаний в системе восприятия и контроля болевых, тактильных ощущений
5. патологические изменения в центрах регуляции болевой и тактильной чувствительности

33. I СТЕПЕНИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИЕЙ, СООТВЕТСТВУЮТ СИНДРОМ (СИНДРОМЫ)

1. периферический ангиодистонический синдром верхних ко­нечностей с редкими ангиоспазмами пальцев и синдром вегетативно-сенсорной полиневропатии верхних конечностей
2. вегетодистонический и астеноневротический синдромы
3. синдром сенсорно-моторной полиневропатии верхних конечностей
4. синдром энцефалополиневропатии
5. синдром полиневропатии с генерализованными акроангиоспазмами

34. II степени тугоухости соответствует снижение слуха на

1. снижение слуха на 1-10 Дб
2. снижение слуха на 11-20 Дб
3. снижение слуха на 21-30 Дб
4. снижение слуха на 31-45 Дб
5. снижение слуха более чем на 45 Дб

35. УКАЖИТЕ, В КАКОМ ОТВЕТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖЕНЫ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

1. перегревание, перемещение тяжестей, сменный труд, вынужденная поза
2. переохлаждение, производственный шум, вынужденная поза, статические нагрузки
3. переохлаждение, производственная пыль, ультрафиолетовое излучение, смазочно-охлаждающие жидкости
4. электросварочный аэрозоль, инфракрасное излучение, вынужденная поза, производственный шум
5. ионизирующее излучение, предельные и непредельные углеводороды, пониженное атмосферное давление, напряжение зрения

36. НАЗОВИТЕ ГРУППУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ

1. заболевания, обусловленные воздействием биологических факторов
2. профессиональные заболевания, обусловленные воздействием физических факторов
3. профессиональные заболевания, обусловленные воздействие химических факторов
4. профессиональные заболевания, обусловленные воздействием пыли
5. профессиональные заболевания, обусловленные перенапряжением отдельных органов и систем

37. РАЗВИТИЕ ФЕНОМЕНА РЕЙНО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИЙ

1. низких частот
2. средних частот
3. высоких частот
4. сверхвысоких частот
5. сверхнизких частот

38. ШУМ МОЖЕТ РАЗРУШИТЬ ЗВУКОПРОВОДЯЩИЕ СТРУКТУРЫ УХА ПРИ ИНТЕНСИВНОСТИ

1. свыше 40 Дб
2. свыше 60 Дб
3. свыше 80 Дб
4. свыше 100 Дб
5. свыше 120 Дб

39. ИЗМЕНЕНИЯ В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ

1. шейном
2. грудном
3. пояснично-крестцовом
4. копчиковом

40. УГАСАНИЮ ВИБРАЦИЙ СПОСОБСТВУЮТ ТКАНЕВЫЕ СТРУКТУРЫ

1. кости скелета
2. мышцы
3. хрящевые структуры, связки
4. кровеносные сосуды
5. подкожно-жировая клетчатка

41. УКАЖИТЕ, В КАКОМ ПУНКТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖЕНЫ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ВИБРАЦИИ

1. астено-невротический синдром, спастический колит, варикозное расширение вен нижних конечностей
2. астено-невротический синдром, генерализованный ангиодистонический синдром, сенсорная полинейропатия верхних и нижних конечностей
3. хроническая ишемия головного мозга, меньероподобный синдром, хронический гастродуоденит
4. генерализованный ангиодистонический синдром, пояснично-крестцовая радикулопатия, нейро-сенсорная тугоухость

42. КАКИЕ СИСТЕМЫ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА

1. нервная
2. сердечно-сосудистая
3. иммунная
4. слуховой анализатор
5. опорно-двигательный аппарат

43. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПЕРЕЧЕНЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ВИБРАЦИЯМИ

1. термометрия с холодовыми пробами, исследование вибрационной чувствительности, реовазография
2. ренгенография опорно-двигательного аппарата, исследование глазного дна, аудиометрия
3. исследование вестибулярного аппарата, электромиография, эхо-кардиография
4. реоэнцефалография, ЭКГ, велоэргометрия

44. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ШУМА НА ОРГАН СЛУХА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ЗВУКОВОСПРИЯТИЯ НА ЧАСТОТАХ

1. 500 Гц
2. 1000 Гц
3. от 1000 до 2000 Гц
4. от 2000 до 4000 Гц
5. свыше 4000 Гц

45. НАЗОВИТЕ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВИБРАЦИОННО-ШУМОВОЙ ПАТОЛОГИИ

1. качественное проведение предварительных медицинских осмотров
2. дополнительное и лечебно-профилактическое питание
3. своевременное рациональное трудоустройство
4. витаминопрофилактика
5. контроль за использованием рабочими средств индивидуальной защиты

46. В ПЕРЕВОДЕ НА РАБОТУ ВНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОВЫШЕННЫХ УРОВНЕЙ ШУМА НУЖДАЮТСЯ

1. лица с признаками воздействия шума
2. лица с нейросенсорной тугоухостью легкой степени
3. лица с нейросенсорной тугоухостью значительной степени

47.ВЫБЕРИТЕ СИНДРОМЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБЩЕЙ ФОРМЫ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ

1. генерализованный ангиодистонический синдром
2. синдром миелита
3. дисциркуляторная энцефалопатия
4. синдром кардиомиопатии
5. сенсорно – моторная полиневропатия

48.ВЫБЕРИТЕ СИНДРОМЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБЩЕЙ ФОРМЫ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ I СТАДИИ

1. синдром Рейно
2. вегетативно – сенсорная полиневропатия верхних конечностей
3. неврит слуховых нервов
4. периферический ангиодистонический синдром
5. синдром вестибулопатии

**Практические навыки**

* Курация больного.

**Ситуационные задачи**

# **Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Вибрационная болезнь».**

При медицинском осмотре рабочих, производящих клёпку корпусов сельскохозяйственных машин, у одного из них был установлен диагноз «вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, 2 ст., с явлениями ангиоспастического синдрома». Больной работает в профессии клёпальщика 3 года. Клёпку производит тяжёлым пневматическим молотком, генерирующим вибрацию, превышающую по своим параметрам предельно допустимые уровни. Частота ударов молотка – 900 в минуту. Предъявлял жалобы на повышенную зябкость рук и ног на холоде и резкое побеление пальцев на руках и ногах при мытье их холодной водой, при общем переохлаждении. Пальцы рук и ног холодные с небольшим акроцианозом. При исследовании болевой чувствительности альгезиметром Вожжовой ощущение укола на ладонной поверхности кончиков пальцев возникало у больного при длине иглы 0,2-0,3 мм. Аналогичные показатели на пальцах ног составляли 0,4-0,5 мм. При погружении рук и ног в ледяную воду наступало сплошное побеление всех пальцев рук и ног. При исследовании вибрационной чувствительности паллестезиометром (конструкция Шведа) её порог на кончиках пальцев рук составил 70-80 условных единиц, а на стопах 90-95 единиц.

Принято решение провести больному курс амбулаторного лечения с временным переводом на работу, исключающую контакт с несовместимыми для данного профессионального заболевания условиями труда (доплатой – профессиональный больничный листок, сроком на 2 месяца).

Критически оцените диагностическое и экспертное решение.

**Тема 5 «Профессиональные заболевания с преимущественным поражением системы крови. Хроническая интоксикация свинцом. Интоксикация бензолом. Острое отравление оксидом углерода».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* практические навыки;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1 Общие и специфические изменения крови при действии промышленных ядов. Классификация профессиональных заболеваний крови. Пути поступления и выведения яда из организма.

2. Хроническая интоксикация свинцом. Клиника, стадии заболевания, диагно­стика, экспертиза трудоспособности. Лечение.

3. Хроническая интоксикация бензолом. Клиника, классификация, варианты течения, ранняя диагностика, лечение, профилактика.

4. Острая интоксикация оксидом углерода. Клиника, классификация, варианты течения, ранняя диагностика, лечение, профилактика.

5. Особенности ди­агностики профессиональных заболева­ний системы крови. Лечение. Профилак­тика. Врачебно-трудовая экспертиза.

**Тестовые задания**

1. В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА СВИНЕЦ И ЕГО СОЕДИНЕНИЯ ПОСТУПАЮТ В ОРГАНИЗМ ЧЕРЕЗ

1. органы дыхания
2. неповрежденную кожу
3. желудочно-кишечный тракт
4. слизистые оболочки
5. поврежденную кожу

2. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ДИОКСИДА УГЛЕРОДА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

1. образование карбоксигемоглобина
2. образование метгемоглобина
3. блокирование сульфгидрильных групп
4. возбуждение дыхательного центра
5. угнетение дыхательного центра

3. СВИНЕЦ ДЕПОНИРУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1. в печени
2. в костях
3. в почках
4. в эритроцитах
5. в нервной системе

4. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ, УТЕРЕЙ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕНСИВНОМУ УМСТВЕННОМУ ТРУДУ, РАССТРОЙСТВАМИ СНА

1. астенический синдром
2. полиневритический синдром
3. синдром токсической энцефалопатии
4. синдром фуникулярного миелоза

5. ДЛЯ ОКИСИ УГЛЕРОДА (УГАРНОГО ГАЗА) ТИПИЧНЫ ОСОБЕННОСТИ

1. образуется в результате неполного окисления углерода и углеводородов в условиях недостатка кислорода, попадает в организм через дыхательные пути
2. выводится в неизмененном виде через мочевыделительную систему
3. попадает в организм через неповрежденную кожу и слизистые
4. попадает в организм через пищеварительный тракт

6. ОСТАТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ

1. периферическая полиневропатия, двигательные полиневриты, токсическая энцефалопатия с тяжелой психастенией, склонностью к психозам
2. двигательные полиневриты, цирроз печени
3. токсическая энцефалопатия с тяжелой психастенией, склонностью к психозам
4. цирроз печени
5. хроническая почечная недостаточность

7. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ОКСИДА УГЛЕРОДА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

1. образование карбоксигемоглобина
2. образование метгемоглобина
3. блокировка сульфгидрильных групп
4. антиферментное

8. ДЛЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ БЕНЗОЛОМ И ДРУГИМИ АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ ТИПИЧНЫ ТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ

1. наркотическое поражение нервной системы
2. поражение кроветворной системы
3. канцерогенное действие
4. уменьшение содержания в организме витаминов В6, В12 и С

9. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА ПОРФИРИНОВ И ГЕММА ЯВЛЯЕТСЯ

1. бензол
2. свинец
3. мышьяк
4. анилин
5. тетраэтилсвинец

10. К РАННЕМУ ПРИЗНАКУ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ ОТНОСИТСЯ

1. снижение гемоглобина
2. уменьшение количества эритроцитов
3. стойкая лейкопения
4. тромбоцитопения
5. ретикулоцитоз

11. КАКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ БЕНЗОЛ ПРИ ОСТРОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

1. раздражающее
2. наркотическое
3. действие на кроветворную систему
4. действие на мочевыделительную систему
5. действие на желудочно-кишечный тракт

12. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ СВИНЦА ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. почки
2. кишечник
3. пот
4. слюна
5. выдыхаемый воздух

13. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОВОЦИРУЮЩИЙ СВИНЦОВУЮ КОЛИКУ ФАКТОР

1. обострение сопутствующих заболеваний
2. инфекция
3. травма
4. алкоголь
5. голодание

14. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ОТНОСЯТСЯ

1. глюкоза
2. витамины группы в
3. препараты железа
4. глюконат кальция
5. комплексоны

15. ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ДЕПРЕССИЮ КОСТНО­МОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

1. сероуглерод
2. бензол
3. мышьяковистый водород
4. свинец
5. ионизирующее излучение

16. К ОСНОВНЫМ СИСТЕМАМ, ПОРАЖАЕМЫМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ, ОТНОСЯТСЯ

1. система крови
2. нервная система
3. печень
4. желудочно-кишечный тракт
5. эндокринная система

17. ФОРМАМИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1. лейкоз
2. энцефалопатия
3. фуникулярный миелоз

18. ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ПОРАЖАЮТСЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО

1. органы дыхания
2. система крови
3. нервная система
4. система пищеварения
5. эндокринная система
6. мочевыделительная система

19. К ИЗМЕНЕНИЯМ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ОТНОСЯТСЯ

1. лейкопения
2. ретикулоцитоз
3. снижение гемоглобина
4. эозинофилия
5. повышение количества базофильно-зернистых эритроцитов

20. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОРФИРИНОВОГО ОБМЕНА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПОВЫШЕННАЯ ЭКСКРЕЦИЯ С МОЧОЙ

1. дельта-аминолевулиновой кислоты
2. порфобилиногена
3. уропорфирина
4. копропорфирина
5. увеличение эритроцитарного протопорфирина

21. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СИНДРОМА (СИНДРОМОВ)

1. синдром поражения крови
2. синдром поражения органов пищеварения
3. синдром поражения нервной системы
4. синдром поражения скелета

22. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ СИНДРОМ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОБЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ, УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ПОНИЖЕННЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ТОНУСОМ, УХУДШЕНИЕМ ПАМЯТИ, ФОРМИРОВАНИЕМ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ТРИАДЫ (ГИПОТЕРМИЯ, БРАДИКАРДИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ), РАЗВИТИЕМ В ТЯЖЕ­ЛЫХ СЛУЧАЯХ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1. астеновегетативный синдром
2. синдром полинейропатии
3. синдром энцефалопатии
4. все перечисленные

23. К ГРУППЕ АНТИДОТОВ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. донаторы SH-групп — унитиол, тиосульфат натрия; комплексоны — тетацин-кальций, пентацин, Д-пенициламин
2. реактиваторы холинэстеразы — дипироксим, изонитрозин, аллоксим; антихолинэргические препараты — атропин, ганглиоблокаторы (пентамин, бензогексоний)
3. комплексоны — тетацин-кальций, пентацин, Д-пенициламин
4. реактиваторы холинэстеразы — дипироксим, изонитрозин, аллоксим; комплексоны — тетацин-кальций, пентацин, Д-пенициламин

24. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ СИНДРОМ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ НЕВРИТОМ, СЛАБОСТЬЮ МЫШЦ-РАЗГИБАТЕЛЕЙ СИНДРОМ

1. астеновегетативный синдром
2. синдром полинейропатии
3. синдром энцефалопатии
4. все перечисленные

25. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ БЕНЗОЛОМ, СХОДНЫЕ С АЛКОГОЛЬНЫМ ОПЬЯНЕНИЕМ СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

1. интоксикации легкой степени
2. интоксикации средней тяжести
3. тяжелой интоксикации
4. средней степени тяжести

26. ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОРАЖАЮТСЯ ОРГАНЫ И ТКАНЕВЫЕ СТРУКТУРЫ

1. система кроветворения
2. центральная и периферическая нервная система
3. паренхиматозные органы (печень, почки)
4. кожа, слизистые оболочки, кости

27. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТИПИЧНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

1. изменения структуры метафизов трубчатых костей в виде плотных поперечных полосок
2. узуры мелких суставов кистей
3. зона субхондрального склероза, краевые остеофиты в суставах
4. все типичны

28. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АРОМАТИЧЕСКИ­МИ УГЛЕВОДОРОДАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАРУШЕНИЯМИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, СНИЖЕНИЕМ КОЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ, ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ, ОТЕЧНОСТЬЮ ПАЛЬЦЕВ РУК, ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, БОЛЯМИ, ПАРАСТЕЗИЕЙ, СНИЖЕНИЕМ КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1. астенический синдром
2. полиневритический синдром
3. синдром токсической энцефалопатии
4. синдром фуникулярного миелоза

29. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ БЕНЗОЛОМ В ВИДЕ ПОЧТИ МГНОВЕННОЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ И СМЕРТЬЮ СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

1. интоксикации легкой степени
2. интоксикации средней тяжести
3. тяжелой интоксикации
4. интоксикация средней степени

30. ХАРАКТЕРНАЯ БЛЕДНО-ЗЕМЛИСТАЯ ОКРАСКА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, «СВИНЦОВАЯ КАЙМА» НА ДЕСНАХ, УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ФОРМА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, ВЫРАЖЕННЫЕ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, «СВИНЦОВАЯ КОЛИКА», ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, ПОЯВЛЕНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ РЕТИКУЛОЦИТОВ И ЭРИТРОЦИТОВ С БАЗОФИЛЬНОЙ ЗЕРНИС­ТОСТЬЮ ЦИТОПЛАЗМЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

1. при легкой форме
2. при среднетяжелой форме
3. при тяжелой форме

31. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ЭКСТРАПИРАМИДИЫМ ГИПЕРКИНЕЗОМ, МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

1. астенический синдром
2. полиневритический синдром
3. синдром токсической энцефалопатии
4. синдром фуникулярного миелоза

32. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ В ВИДЕ НЕВРАСТЕНИЧЕСКОГО ИЛИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, А ТАКЖЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В ВИДЕ ЛЕЙКОПЕНИИ С НЕЙТРОПЕНИЕЙ, ОТНОСИТЕЛЬНОГО ЛИМФОЦИТОЗА, УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

1. легкой степени
2. средней степени
3. тяжелой степени

33. ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, СУДОРОГИ) НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ СВИНЦА В ОРГАНИЗМ ОДНИМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПУТЕЙ

1. для перорального поступления яда в организм пострадавшего
2. для ингаляционного поступления яда в организм пострадав­шего
3. для чрезкожного (через слизистые оболочки) поступления яда в организм пострадавшего
4. для чрезкожного (через поврежденную кожу) поступления яда в организм пострадавшего

34. ДЛЯ ПРИСТУПОВ «СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ» ТИПИЧНО

1. может сформироваться запор, не поддающийся действию слабительных средств
2. кал становится фрагментированным, приобретает форму овечьего
3. увеличивается артериальное давление
4. повышается температура тела

35. СВИНЦОВАЯ КОЛИКА, ТЯЖЕЛЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ЧУВСТВИТЕЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ СЛАБОСТЬЮ РАЗГИБАТЕЛЕЙ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК, ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОХРОМНОЙ, СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ, ГИПЕРСИДЕРИНЕМИЧЕСКОЙ, СИДЕРОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

1. для легкой формы
2. для среднетяжелой формы
3. для тяжелой формы

36. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТРУКТУР СПИННОГО МОЗГА, ВОЗНИКАЮЩИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В И ПРОЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ МЫШЕЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, СНИЖЕНИЕМ АХИЛЛОВЫХ РЕФЛЕКСОВ, СЛАБОСТЬЮ В НОГАХ, НАРУШЕНИЕМ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ

1. астенический синдром
2. полиневритический синдром
3. синдром токсической энцефалопатии
4. синдром фуникулярного миелоза

37. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ В ВИДЕ ПОЛИНЕВРИТА, СИМПТОМОВ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА, ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СОЧЕТА­НИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ЛЕЙКОПЕНИЕЙ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ, АНЕМИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЕМ ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКОГО РОСТКА В КОСТНОМ МОЗГЕ И КРО­ВОТОЧИВОСТЬЮ СООТВЕТСТВУЮТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

1. легкой степени
2. средней степени
3. тяжелой степени

38. СВИНЕЦ И ЕГО СОЕДИНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ТИПУ ЯДОВ

1. яд, вызывающий образование метгемоглобина
2. яд, блокирующий сульфгидрильные группы белков
3. яд, блокирующий дыхательные ферменты в клетках
4. яд, блокирующий систему свертывания крови
5. яд, активизирующий систему свертывания крови (ДВС - синдром)

39. ТЯЖЕСТЬ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА

1. количеством свинца, накопленного в костях
2. количеством свинца, накопленного в печени и почках
3. концентрацией свинца в циркулирующей крови

40. СВИДЕТЕЛЬСТВОМ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ПОРФИРИНОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

1. увеличение содержания протопорфирина в эритроцитах
2. увеличение содержания в моче копропорфирина
3. увеличение содержания в моче дельта-аминолевулиновой кислоты
4. увеличение содержания в моче гемосидерина
5. окрашивание мочи порфирином в красноватый цвет

41. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТИПИЧНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ

1. уменьшение количества эритроцитов, цветной показатель меньше 1; увеличение содержания ретикулоцитов и юных эритроцитов с базофильной зернистостью цитоплазмы
2. уменьшение количества эритроцитов, цветной показатель больше 1; микросфероцитоз
3. микросфероцитоз
4. увеличение содержания ретикулоцитов и юных эритроцитов с базофильной зернистостью цитоплазмы
5. отсутствие ретикулоцитов и юных эритроцитов с базофильной зернистостью цитоплазмы

42. АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ ПРИ ФОРМЕ (ФОРМАХ) ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

1. при легкой форме
2. при среднетяжелой форме
3. при тяжелой форме

**Ситуационные задачи**

# **Пример решения типовой задачи по установлению диагноза «Профессиональное заболевание с преимущественным поражением системы крови».**

Больная Е., 35 лет, маляр, в процессе работы использовала нитрокраски с растворителями, содержащими бензол, концентрации которого в воздухе рабочей зоны превышали ПДК в 2-3 раза.

Спустя 7 лет от начала работы стала ощущать повышенную утомляемость, общую слабость, появились «синяки» на коже без видимых причин, менструации удлинились до недели, стали обильными.

При очередном периодическом медицинском осмотре было обнаружено: кожные покровы обычной окраски, геморрагии в области бёдер и голеней до 1,5-2 см в диаметре. Дёсны при надавливании кровоточат. Положительный симптом щипка. Лимфатические узлы не увеличены.

Тоны сердца ритмичны, 74 в 1′, АД: 150/90 – 120/70 мм рт. ст.

В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены.

Тремор век, а также пальцев вытянутых рук. Ладони мокрые. Сухожильные рефлексы живые, разлитой красный дермографизм.

Общий анализ крови: Нb – 150 г/л, эритроциты – 3,2 · 1012/л, цв. пок. – 0,98, лейкоциты – 3,1 · 109/п., тромбоциты – 110 · 109/п, ретикулоциты – 5%, СОЭ – 20 мм/час, время кровотечения – 5 минут.

Больная направлена в стационар, где получала лечение препаратами железа и витамином В12, после чего наступило заметное клиническое улучшение.

После выписки из стационара было дано следующее заключение: показан перевод на другую работу, не связанную с воздействием бензола и других гематропных веществ.

1.Сформулируйте предполагаемый диагноз.

2.Правильно или нет было вынесено заключение о трудоспособности больной и почему?

**Тема 6 «Профессиональные нейроинтоксикации. Острые и хронические интоксикации. Интоксикация ртутью, марганцем».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Пути поступления и выведения ядов из организма.
2. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика по степени тяжести. Лечение. Профилактика. Врачебно-профессиональная экспертиза.

**Тестовые задания**

1. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1. острое начало
2. постепенное начало
3. небольшой стаж работы
4. длительный стаж работ

2. ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ

1. в переводе на инвалидность
2. временное прекращение контакта с ртутью
3. определение % утраты трудоспособности
4. инвалидность + % утраты трудоспособности

3. ПАРЫ РТУТИ

1. тяжелее воздуха
2. легче воздуха
3. имеют такой же как воздух удельный вес

4. УКАЖИТЕ МИНИМАЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ ВОЗДУХА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПРИ КОТОРОЙ ИСПАРЯЕТСЯ РТУТЬ

1. 0°
2. +10°
3. - 1°
4. +20°
5. +30°

5. РТУТЬ ПРОНИКАЕТ В ОРГАНИЗМ ЧЕРЕЗ

1. поврежденную кожу
2. неповрежденную кожу
3. верхние дыхательные пути
4. с питьевой водой через рот

6. УКАЖИТЕ, В КАКИХ ОРГАНАХ ДЕПОНИРУЕТСЯ РТУТЬ

1. печень
2. мозг
3. селезенка
4. почки
5. сердце

7. КАКИМИ ОРГАНАМИ ВЫВОДИТСЯ РТУТЬ ИЗ ОРГАНИЗМА

1. почками
2. кишечником
3. слюнными железами
4. легкими

8. ВЫДЕЛЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ (0,02-0,05 МГ/Л) КОЛИЧЕСТВ РТУТИ С МОЧОЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКАЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1. хронической интоксикации
2. острой интоксикации
3. отдаленном периоде интоксикации
4. «ртутном носительстве»
5. подострой интоксикации

9. ДЛЯ ПОЛНОЙ УВЕРЕННОСТИ В ДИАГНОЗЕ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НЕОБХОДИМО

1. осмотр невропатологом
2. осмотр стоматологом
3. электроэнцефалография
4. исследование мочи на ртуть
5. исследование мочи на ртуть после 3-5-дневного введения тиосульфата натрия

10. СРЕДСТВОМ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тетацин-калышя
2. пентацин
3. цинкоцин
4. унитиол
5. дипироксим

11. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ РТУТЬЮ

1. почечная недостаточность
2. печеночная недостаточность
3. дыхательная недостаточность
4. энцефалопатия
5. анемия

12. К ВЕЩЕСТВАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НЕЙРОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ, ОТНОСЯТСЯ

1. анилин
2. ртуть
3. хром
4. свинец
5. марганец
6. тетраэтилсвинец

13. НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАРГАНЦА И ЕГО СОЕДИНЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. мозжечково-вестибулярный
2. экстрапирамидный
3. эпилептиформный
4. гипоталамический

14. ИНТОКСИКАЦИЯ МАРГАНЦЕМ И ЕГО СОЕДИНЕНИЯМИ ПРОТЕКАЕТ В ВИДЕ СЛЕДУЮЩИХ ФОРМ

1. острая
2. подострая
3. хроническая

15. НАЗОВИТЕ ДЕПО МАРГАНЦА В ОРГАНИЗМЕ

1. печень
2. почки
3. мозг
4. щитовидная железа
5. кости

16. В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ МАРГАНЕЦ ПОПАДАЕТ В ОРГАНИЗМ ЧЕРЕЗ

1. дыхательные пути
2. пищеварительный тракт
3. кожу

17. РАЗВИТИЕ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РЕАЛЬНО У РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ

1. в сталелитейной промышленности
2. в электротехнической
3. в операциях, связанных с размолом марганцевой руды
4. при электросварке
5. во всем, выше указанном

18. НА КАКОЙ СТАДИИ ОТРАВЛЕНИЕ МАРГАНЦЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКИНСОНИЗМА

1. I стадии
2. II стадии
3. III стадии

19. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КАКИМ МЕТАЛЛОМ НАБЛЮДАЮТСЯ ЯВЛЕНИЯ ПАРКИНСОНИЗМА

1. марганцем
2. ртутью
3. свинцом
4. железом

20. ДЛЯ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. боли в конечностях
2. головная боль
3. головокружение
4. общая слабость
5. кровоточивость десен

21. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

1. вегетативные нарушения
2. тремор
3. нарушения чувствительности
4. кровоточивость десен
5. атрофия мышц

22. ХРОНИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ РТУТЬЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

1. астено-вегетативного синдрома
2. вегетативно-сенсорной полиневропатии
3. энцефалопатии
4. корсаковского синдрома
5. астено-органического синдрома

23. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬЮ ОТМЕЧАЕТСЯ

1. гипофункция щитовидной железы
2. гиперфункция щитовидной железы
3. функция щитовидной железы не нарушается

24. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬЮ ВКЛЮЧАЕТ

1. тетацин кальция
2. унитиол
3. гексенал
4. гипосульфит натрия
5. хромосмон

25. К СРЕДСТВАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДЕМЕРКУРИЗАЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ РАБОТЫ С РТУТЬЮ, ОТНОСЯТСЯ

1. раствора хлорного железа
2. раствора сулемы
3. раствора марганцевокислого калия

26. ПРИ СВАРОЧНЫХ РАБОТАХ МАРГАНЕЦ НАХОДИТСЯ В ВИДЕ

1. пыли
2. газа
3. аэрозоля

27. К ТОКСИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ МАРГАНЦА ОТНОСЯТСЯ

1. гепатотропное
2. гематотропное
3. нейротропное
4. нефротропное

28. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ МАРГАНОТОКСИКОЗА ЖАЛОБАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. боли и слабость в конечностях
2. сонливость, общая слабость
3. раздражительность
4. головная боль

29. КЛИНИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. астено-вегетативный
2. неврастенический
3. полиневропатии
4. энцефалопатии

30. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. реовазография
2. электромиография
3. электроэнцефалография
4. электрокардиография

31. ДЛЯ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1. нарушения двигательных функций
2. нарушения речи
3. гиперкинезов
4. насильственных эмоций

32. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МАРГАНЦЕВЫЙ ПАРКИНСОНИЗМ, ОТНОСЯТСЯ

1. атеросклероза сосудов головного мозга
2. боковой амиотрофический склероз
3. энцефалит в отдаленном периоде
4. состояние после острой интоксикации монооксидом углерода

33. К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ РАБОТЕ В КОНТАКТЕ С МАРГАНЦЕМ ПОМИМО МАРГАНОТОКСИКОЗА, ОТНОСЯТСЯ

1. литейная лихорадка
2. хронический бронхит
3. пневмокониоз
4. бронхиальная астма

34. К СРЕДСТВАМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНТОКСИКАЦИЕЙ МАРГАНЦЕМ ОТНОСЯТСЯ

1. унитиол
2. тетацин кальция
3. препараты допаминового ряда и холинолитики
4. хромосмон

35. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРОУГЛЕРОДОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМТОМАМИ

1. постоянные головные боли в [лобной области](http://zodorov.ru/kursa-po-nevrologii-nejrohirurgii-i-medicinskoj-genetike.html)
2. сновидения производственного характера
3. боли в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya-v2.html)
4. слабость

36. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИМПТОМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ

1. повышенная утомляемость
2. сухость во рту
3. слабость
4. сонливость
5. раздражительность

37. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИМПТОМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА

1. нарушение походки
2. повышение пластического тонуса мышц
3. экстрапирамидный гиперкинез
4. снижение корнеального рефлекса
5. агрессивность в поведении

38. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИЕМА НА РАБОТУ В КОНТАКТЕ С МАРГАНЦЕМ

1. психические заболевания
2. выраженные формы хронического бронхита
3. аллергические заболевания
4. стеноз устья аорты компенсированный
5. выраженная вегетативнососудистая дисфункция
6. хронический гастрит

**Ситуационные задачи**

# **Пример решения типовой задачи по установлению диагноза «Профессиональные нейроинтоксикации».**

Больная А., 42 лет, работает термометристкой на заводе медицинских и промышленных термометров в течение 20 лет, имеет контакт с металлической ртутью. Пары ртути на рабочем участке превышают ПДК в 3-5 раз. Обратилась к терапевту с жалобами на постоянные головные боли, сонливость днём и прерывистый сон ночью, повышенную раздражительность, утомляемость, снижение памяти, потливость, сердцебиение.

При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД: 120/80, пульс 90 в 1′. Сухожильные и перностальные рефлексы равномерно оживлены.

Отмечается тремор пальцев вытянутых рук, усиливающийся при волнении, тремор век, языка. Дермографизм ярко-красный, разлитой, стойкий. Общий гипергидроз. Дёсны отёчны, кровоточат при надавливании. Щитовидная железа I ст., мягкая на ощупь.

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Какие дополнительные исследования следует провести в целях диагностики?

3. Если Вы решили, что заболевание больной А. профессиональное, то перечислите общие заболевания, с которыми нужно провести дифференциальную диагностику.

**Тема 7 «Интоксикация пестицидами (фосфорорганическими, ртутьорганическими, хлорорганическими соединениями)».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* нормативная документация;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Определение понятия «пестициды», классификация.
2. Пути поступления и выведения из организма.
3. Острые и хронические интоксикации. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.

**Тестовые задания**

1. СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ИНТОКСИКАЦИИ ФОС ЗАВИСИТ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

1. токсичности ФОС
2. количества яда
3. индивидуальной чувствительности
4. цифр АД в исходном состоянии человека

2. ИНСЕКТИЦИДАМИ НАЗЫВАЮТ ВЕЩЕСТВА, УНИЧТОЖАЮЩИЕ

1. грызунов
2. сорную растительность
3. грибковых возбудителей
4. клещей
5. вредных насекомых

3. ДЛЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ НЕХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1. металлический вкус, чувство жжения во рту
2. прогрессирующая общая слабость, головная боль, головок­ружение, тошнота, рвота
3. сильная жажда, интенсивные боли в животе, понос, нередко кровавый
4. артериальная гипотония
5. потеря сознания с непроизвольным мочеиспусканием и де­фекацией

4. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ИНТОКСИКА­ЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1. антихолинэстеразным действием
2. контактным действием
3. нефротоксическим действием
4. местным действием

5. Для Лечения Хронической Интоксикации Хлорорганическими Пестицидами Не Показаны Препараты

1. курсовая дезинтоксикационная терапия 5%-ным раствором глюкозы, реополиглюкином, гемодезом
2. ежедневный пероральный прием сбалансированных поливитаминных препаратов
3. гепатопротекторы — эссенцнале-форте, липостабил, липамид
4. блокаторы β-адренорецепторов

6. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИ­КАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ ПО ХОДУ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ, ДРОЖАНИЕ, ПОДЕРГИВАНИЯ МЫШЦ, НАРУШЕНИЕ КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, РАССТРОЙСТВА ЗРЕНИЯ

1. полиневритический синдром
2. кардиальный синдром
3. печеночный синдром
4. астеновегетативный синдром

7. ДЛЯ ФОС ПЕСТИЦИДОВ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. маслянистая жидкость
2. неприятный специфический запах
3. высокотоксичны для людей и животных
4. имеют выраженные кумулятивные свойства
5. неустойчивы к действию факторов внешней среды

8. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОС В КРОВИ И СИНАПТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРОИСХОДИТ НАКОПЛЕНИЕ

1. холинэстеразы
2. ацетилхолина
3. адреналина
4. билирубина
5. холестерина

9. НИКОТИНОПОДОБНЫМИ СИМПТОМАМИ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС ЯВЛЯЮТСЯ

1. усиление сокращения гладкой мускулатуры
2. фибриллярные мышечные подергивания
3. судороги
4. тошнота, слюнотечение
5. стеснение в груди, нарушение дыхания

10. БРОНХОРЕЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КУПИРУЕТСЯ

1. эуфиллином
2. морфином
3. фуросемидом
4. атропином
5. дигоксином

11. УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, НАРУШЕНИЕ БЕЛКОВООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ, НЕБОЛЬШАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ACT, АЛТ, ЛДГ, ГАММА -ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ УЗИ ПРИЗНАКОВ СТЕАТОГЕПАТИТА (УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ПЕЧЕНИ, ДИФФУЗНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ, ОБЕДНЕНИЕ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ПАРЕНХИМЫ) ХА­РАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИ­КАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ

1. астеновегетативный синдром
2. полиневритический синдром
3. диэнцефально-гипоталамический синдром
4. кардиальный синдром
5. печеночный синдром

12. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ВВЕДЕНИЕ РЕАКТИВАТОРОВ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ В ТЕЧЕНИЕ

1. в первые сутки
2. в течение первой недели
3. в первый час
4. к концу первых суток
5. в течение 2-х недель

13. ПОТЕНЦИРУЮТ ДЕЙСТВИЕ ФОС И ПРОТИВОПОКАЗАНЫ (В КАЧЕСТВЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ)

1. гексенал, хлоралгидрат
2. антибиотики
3. витамины
4. дегидратационная терапия
5. аминазин, морфин

14. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ РОС ПОДВЕРЖЕНЫ ВОЗДЕЙСТВИЮ

1. нервная система
2. органы дыхания
3. сердечно-сосудистая система
4. ЖКТ, печень
5. мочевыделительная система

15. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ НЕТИПИЧНЫ ОСОБЕННОСТИ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

1. характерно общетоксическое действие на организм человека
2. способность проникать через липидный слой мембраны клеток и подавлять внутриклеточные ферменты дыхательного цикла
3. способность образовывать метгемоглобин
4. способность некоторых веществ этой группы блокировать тиоловые группы белковых соединений
5. поражаются в первую очередь головной мозг (преимущественно подкорковая область) и печень

16. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ЕСЛИ ПРЕОБЛАДАЮТ Н-ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ПРИМЕНЯЮТСЯ АНТИДОТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

1. атропин
2. бензогексоний или пентамин
3. аллоксим
4. изонитрозин или дипироксим

17. ДЛЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ТИПИЧНЫ СИМПТОМЫ

1. резкая слабость, тошнота, pвота, интенсивная головная боль, головокружение, лихорадка до 39-40 0С
2. общая заторможенность, расстройства психики, дрожание, подергивания различных групп мышц, приступы клонико-тоническихких судорог
3. частое, шумное дыхание (декомпенсированный, метаболический ацидоз)
4. анурия, желтуха

18. ПОВЫШЕНИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, ДРОЖАНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК, ФОРМИРОВАНИЕ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛОРАДИКУЛОНЕВРИТА С ОЧАГОВЫМИ И ДИФФУЗНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ЭПИЛЕПТИФОРМНЫМИ СУДОРОЖНЫМИ ПРИСТУПАМИ ХА­РАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИ­КАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ

1. астеновегетативный синдром
2. диэнцефально-гипоталамический синдром
3. полиневритический синдром
4. кардиальный синдром
5. печеночный синдром

19. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИ­КАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ПРОГРЕССИ­РУЮЩАЯ ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ, И ОСОБЕННО УМСТВЕННОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, ПОТЛИВОСТЬ, ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЛАБИЛЬНОСТЬ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ПЕРЕБОИ РИТМА СЕРДЦА

1. полиневритический синдром
2. кардиальный синдром
3. печеночный синдром
4. астеновегетативный синдром

20. НАРУШЕНИЕ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ, УСИЛЕННАЯ ЖАЖДА, ПОЛИУРИЯ, БЕССОННИЦА, УСТРАШАЮЩИЕ КОШМАРНЫЕ СНОВИДЕНИЯ С БАТАЛЬНЫМИ СЦЕНАМИ, ПСИХОТИЧЕСКИЕ КРИЗЫ С ОЩУЩЕНИЯМИ БЕСПРИЧИННОЙ ТОСКИ, СТРАХА ХА­РАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ

1. астеновегетативный синдром
2. полиневритический синдром
3. диэнцефально-гипоталамический синдром
4. кардиальный синдром
5. печеночный синдром

21. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ ОБИЛЬНОГО ПОТА, СЛЮНОТЕЧЕНИЯ, СЛЕЗОТОЧИВОСТИ, БРОНХОРЕИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ СТАДИИ ТЯЖЕЛОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ

1. стадия возбуждения
2. судорожная стадия
3. паралитическая стадия
4. стадию тяжелого отравления при указанных симптомах оп­ределить нельзя

22. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ, БРАДИКАРДИЯ, СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНАЯ И/ИЛИ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ С ПРИЗНАКАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ХА­РАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИ­КАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ

1. астеновегетативный синдром
2. полиневритический синдром
3. диэнцефально-гипоталамический синдром
4. кардиальный синдром
5. печеночный синдром

23. СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ЭПИЗОДЫ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ACT, АЛТ, ЛДГ, ПРИ УЗИ ПРИЗНАКИ СТЕАТОГЕПАТИТА (УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ПЕЧЕНИ, ДИФФУЗНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ПАРЕНХИМЫ, УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ)

1. полиневритический синдром
2. печеночный синдром
3. астеновегетативный синдром
4. кардиальный синдром
5. диэнцефально-гипоталамический синдром

24. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

1. унитиол, D-пеницилламин
2. витамин С, витамины группы В
3. тиосульфат натрия
4. атропин

25. ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ СЛУЖАТ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ

1. профессиональный маршрут, подтверждающий вероятность контакта пострадавшего с хлорорганическими ядохимикатами в производственных условиях
2. результаты гигиенического обследования рабочего места пострадавшего, подтверждающие возможность профессиональной интоксикации хлорорганическими пестицидами
3. характерная клиническая картина острого или хронического отравления хлорорганическими ядохимикатами

26. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ-ФУНГИЦИДАМИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРЕПАРАТЫ

1. унитиол, D-пеницилламин
2. тиосульфат натрия
3. кальция глюконат, сбалансированные поливитаминные препараты
4. сукцимер

27. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. профессиональный маршрут, подтверждающий вероятность контакта пострадавшего с фосфорорганическими ядохимикатами в производственных условиях
2. результаты гигиенического обследования рабочего места пострадавшего, подтверждающие возможность профессиональной интоксикации
3. характерная клиническая картина острого или хронического отравления фосфорорганическими ядохимикатами
4. выявление пониженного уровня активности псевдохолинэстеразы в крови

28. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ КЛЮЧЕВЫМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ

1. блокада сульфгидрильных групп в белковых соединениях
2. блокада фосфодиэстеразы
3. образование метгемоглобина
4. гемолиз
5. активация плазменных факторов свертывания крови

29.ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ЕСЛИ ПОСТРАДАВШИХ БЕСПОКОИТ ИНТЕНСИВНОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, СЛЮНОТЕЧЕНИЕ, БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТА, РВОТА ОБИЛЬНЫМ КИСЛЫМ ЖИДКИМ СОДЕРЖИМЫМ, ЭКСПИРАТАРНАЯ ОДЫШКА, КАШЕЛЬ С ОТХОЖДЕНИЕМ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СВЕТЛОЙ МОКРОТЫ, БОЛЬНЫЕ СТАНОВЯТСЯ ВОЗБУЖДЕННЫМИ И, ВМЕСТЕ С ТЕМ, АДИНАМИЧНЫМИ, У НИХ РЕЗКО СУЖАЮТСЯ ЗРАЧКИ, ПОВЫШАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, УЧАЩАЕТСЯ ПУЛЬС СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

1. легкое отравление
2. отравление средней тяжести
3. тяжелое отравление
4. степень тяжести интоксикации при указанных симптомах определить нельзя

30. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ АДИНАМИИ СУМЕРЕЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГ МЫШЦ, ГИПОКСЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ ТЯЖЕЛЫМ АСТМАТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ, СИМПТОМОВ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК, СЕРДЦА СООТВЕТСТВУЮТ СТАДИИ ТЯЖЕЛОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ

1. стадия возбуждения
2. судорожная стадия
3. паралитическая стадия
4. стадию тяжелого отравления при указанных симптомах определить нельзя

31. ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ТИПИЧНЫ БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ

1. увеличение уровня билирубина в крови
2. снижение активности псевдохолинэстеразы в крови
3. снижение содержания протромбина в крови
4. увеличение активности щелочной фосфатазы

32.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ЕСЛИ ПРЕОБЛАДАЮТ М-ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ПРИМЕНЯЮТСЯ АНТИДОТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

1. атропин, изонитрозин, дипироксим
2. пеницилламин, тиосульфат натрия
3. изонитрозин или дипироксим
4. бензогексоний или пентамин

33. СИМПТОМАМИ МУСКАРИНОПОДОБНОГО ЭФФЕКТА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОС ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибрилляция мимических мыщц, языка, мышц шеи, генерализованные судороги
2. головная боль, нарушение сна, помутнение сознания, нарушение речи, атаксия
3. ощущение сжатия в груди, бронхоспазм, бронхорея, снижение аппетита, тошнота, боль в желудке, гиперсаливация, усиленная потливость, слезотечение, брадикардия, миоз

34. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОТРАВЛЕНИЙ ФОС ЯВЛЯЮТСЯ

1. билирубин крови
2. ацетон в моче
3. активность холинестеразы крови
4. протеинограмма
5. диастаза мочи

35. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИЙ ФОС МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

1. алоксим
2. дипироксим
3. диэтилксим
4. метиленовый синий
5. изонитрозин

36. ОСНОВНЫМИ СИНДРОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФОС ЯВЛЯЮТСЯ

1. астено-невротический синдром
2. вегетативно-сосудистая дисрегуляция
3. гематологический (эритроцитоз, лейкопения, токсическая зернистость нейтрофилов, замедление СОЭ)
4. нефротический (признаки ХПН)
5. сердечно-сосудистый (признаки хронической недостаточности кровообращения)

37.ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОС ПРИМЕНЯЮТ

1. бета-адреноблокаторы
2. сердечные гликозиды
3. холинолитики
4. антагонисты кальция

38. ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХОС ПРИМЕНЯЮТ АНТИДОТЫ

1. унитиол
2. тетацин-кальций
3. дипироксим
4. атропин
5. метиленовый синий

39.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХОС ХАРАКТЕРНЫ СИНДРОМЫ

1. астено-вегетативный синдром
2. сердечно-сосудистый
3. полиневротический
4. печеночный синдром
5. тромбоэмболический синдром

40.ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (РОС) ЯВЛЯЮТСЯ

1. нарушение всех видов обмена из-за блокады сульфгидрильных групп ферментов, белков
2. капилляротоксическое действие
3. аздражающее
4. лейкогенное
5. аллергизирующее
6. активация холинореактивных структур

41. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРАВЛЕНИЙ РОС ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. гемоглобина крови
2. содержания ртути в моче
3. миоглобина мочи
4. активности холинестеразы крови
5. нейраминовой кислоты крови
6. винилинмигдалевой кислоты в моче

42. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ОБУСЛОВЛЕНЫ

1. нарушением гуморального иммунитета
2. избыточным выделением биологически активных аминов
3. снижением продукции эндогенных глюкокортикоидов
4. сенсибилизацией организма к альбуминату ртути

43.В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ (РОС) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. унитиол
2. тетацин-кальций
3. дипироксим
4. сукцимер
5. тиосульфат натрия
6. пентацин

44.ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЯХ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КУРОРТАХ С ИСТОЧНИКАМИ

1. гидрокарбонатно-натриевыми
2. хлориднонатриевыми
3. сероводородными
4. родоновыми

45. ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ФОС ИСПОЛЬЗУЮ ПРЕПАРАТЫ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ

1. атропина сульфат
2. дипироксим
3. унитиол
4. диэтоксим
5. дисферал

**Нормативные документы**

* ГН 1.2.2701-10 «Гигиенические нормативы содержания пестицидов в объектах окружающей среды».
* СанПиН 1.2.2584-10 «Гигиенические требования к безопасности процессов испытаний, хранения, перевозки, реализации, применения, обезвреживания и утилизации пестицидов и агрохимикатов» (утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 02.03.2010г. № 17, зарегистрированном в Минюсте РФ 06.05.2010г., регистрационный номер 17126).
* СанПиН 1.2.1330-03 «Гигиенические требования к производству пестицидов и агрохимикатов».

**Ситуационные задачи**

# **Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Отравление пестицидами».**

Машиной скорой помощи доставлен больной Р., 34 лет, кладовщик склада ядохимикатов. В течение всего рабочего дня взвешивал, отпускал хлорофос. Работал в закрытом помещении без вентиляции, респиратором не пользовался. К концу дня появилась общая слабость, головная боль, головокружение, повышенное слюноотделение, боли в животе, тошнота, дважды была рвота.

При обследовании отмечалась тахикардия, 92 в 1′. АД: 120/70 мм рт. ст., миоз, вялая реакция зрачков на свет, лёгкий тремор пальцев рук.

Дермографизм красный, умеренно разлитой, стойкий. Общий гипергидроз. Гиперсаливация. Отмечается умеренное снижение активности холинэстеразы.

1.Поставьте диагноз.

2.Примите экспертное решение.

3.Перечислите необходимые лечебные мероприятия.

**Тема 8 «Хроническая интоксикация сернистыми соединениями».**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* вопросы для устного опроса;
* тестовые задания;
* решение ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Природные источники сероводорода.
2. Производства, в которых возможно отравление сероводородом.
3. Состав Оренбургского природного газа.
4. Острое отравление сероводородом. Классификация по степени тяжести. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Прогноз. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.

**Тестовые задания**

1. УКАЖИТЕ СИТУАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗМОЖНО ВЫСВОБОЖДЕНИЕ СЕРОВОДОРОДА В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

1. в процессе бурения и добычи газа и нефти
2. производство различных органических соединений серы
3. коксование серосодержащего угля
4. производство вискозного шелка
5. ремонт и обслуживание канализационных коммуникаций
6. при всем, выше указанном

2. СЕРОВОДОРОД - ГАЗ С ЗАПАХОМ

1. горького миндаля
2. чеснока
3. без запаха
4. тухлых яиц
5. гниющих яблок

3. СЕРОВОДОРОД - ГАЗ

1. паралитический
2. наркотический
3. раздражающий
4. удушающий
5. «веселящий»

4. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРОВОДОРОДОМ ЛЕПКОЙ СТЕПЕНИ

1. головная боль, головокружение
2. нарушение координации движений
3. острый ринофарингит, конъюнктивит
4. тошнота, рвота
5. потеря обоняния

5. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРОВОДОРОДОМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

1. головная боль, головокружение
2. керато-конъюнкгивит
3. токсическая пневмония, бронхит
4. потеря сознания
5. боли в животе

6. КАК МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРОВОДОРОДОМ

1. трахеит
2. отек легких
3. бронхит
4. пневмония
5. пневмоторакс

7. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРОВОДОРОДОМ

1. ослабление функции левого желудочка
2. ослабление функции правого желудочка
3. поражение клеточных мембран легких
4. давление в легочных капиллярах превышает силы, удерживающие жидкость в сосудах

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРОВОДОРОДОМ

1. метиленовая синь
2. хромосмон
3. натрия нитрат
4. раствор глюкозы
5. нет антидота

9. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

1. мочегонные
2. глюкокортикоиды
3. сердечные гликозиды
4. ганглиоблокаторы
5. седативные препараты

10. ОСОБЕННОСТЬ ОРЕНБУРГСКОГО ГАЗОКОНДЕНСАТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

1. в высокой концентрации сероводорода
2. низкой концентрации сероводорода
3. в отсутствии в нем сероводорода
4. в высоком содержании серной кислоты

**Ситуационные задачи**

# **Пример решения типовой задачи по установлению диагноза «Хроническая интоксикация сернистыми соединениями».**

**Пример 1.**

В здравпункт обратился рабочий коммуникационной службы с жалобами на слезотечение, резь в глазах, чиханье, сухой кашель, слизистые выделения из носа. Симптомы появились около часа назад. Объективно: при осмотре незначительная гиперемия, отечность слизистой носа и конъюнктивы. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Сформулируйте диагноз и окажите первую помощь больному.

**Эталон ответа:**

диагноз: острое отравление сероводородом легкой степени тяжести. Первая помощь: промыть глаза теплой водой с последующим закапыванием вазелинового, оливкового или персикового масла (2-3 капли в каждый глаз), 1-2 капли 0,5 % р-ра дикаина; промывание носоглотки 2% раствором гидрокарбоната натрия, противокашлевые средства (кодеин 0,015) внутрь.

**Пример 2.**

Больной С. 39 лет работает слесарем- наладчиком на нефтеперерабатывающем заводе. Во время ремонта установки почувствовал запах газа. Несмотря на это, средствами индивидуальной защиты не воспользовался, продолжая работать. Спустя некоторое время появилось слезотечение, жжение в глазах, сухой болезненный кашель, стеснение и жжение в груди, затрудненное дыхание, тошноту, была однократная рвота, беспокоит головная боль, головокружение, слабость. Вызвана скорая помощь.

Объективно: отек, гиперемия конъюнктивы, слезотечение, над легкими определяется жестковатое дыхание с бронхиальным оттенком, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон, частота дыхания 25 в мин, пульс 102 в мин, АД 150/95 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Больной несколько заторможен, сухожильные и периостальные рефлексы живые.

Предположительный диагноз и ваши действия.

**Эталон ответа:**

предположительный диагноз: острая сероводородная интоксикация средней степени тяжести, пострадавший нуждается в обследовании и лечении в условиях стационара.

**Задача №3**

Вприемный покой МСЧ доставлен оператор с газоперерабатывающего завода, где произошла авария с выбросом газа. Около 5 часов назад у пострадавшего появились незначительное слезотечение, светобоязнь, сухой кашель, насморк стеснение в груди. Данные симптомы купировались самостоятельно после эвакуации больного из зоны аварии и пребывании на свежем воздухе.

В настоящее время больной жалуется на одышку, кашель с мокротой. Мокрота пенистая с примесью крови. Предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, раздражительность, чувство страха, тревоги. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз слизистых и кожи, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, нижняя граница легких опущена, перкуторно над легкими коробочный звук. В нижних отделах легких звонкие средне-и крупнопузырчатые влажные хрипы. Тахикардия 115 уд. в мин. АД 100\ 60 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена.

В OAK гемоглобин 120 г/ л, эритроциты 7,9 х 10/л, вязкость и свертываемость крови повышены. На рентгенографии легких отмечается нечеткость и размытость легочного рисунка, напоминающего «тающие хлопья снега».

Задание: сформулируйте, обоснуйте диагноз и тактику ведения больного.

**Эталон ответа:**

имевшая место аварийная ситуация с выбросом газа на производстве, наличие явлений раздражения верхних дыхательных путей, как первичной реакции на токсическое действие газа с последующим «светлым промежутком» в течение заболевания, поражение нервной и дыхательной систем (явления токсического отека легких) говорит об остром отравлении сероводородом тяжелой степени. Тактика ведения: по возможности госпитализация больного в токсикологический центр или токсикологическое отделение, проведение интенсивных терапевтических мероприятии (мочегонные, противовспенивающие препараты, оксигенотерапия, ганглиоблокаторы, эуфиллин, симпатомиметические амины, антигистаминные препараты, преднизолон, антибиотики, гипербарическая оксигенация, при судорогах- диазепам). В последующем показано санаторно-курортное лечение и временный перевод на другую работу вне контакта с токсическим веществом. При наличии стойких остаточных явлений отравления - полное прекращение контакта с природным газом.

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

Отлично — выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, последовательно, грамотно и логически стройно ответившему на вопрос, увязывающему теоретические вопросы с практическим их применением. Студент свободно справляется с задачами, практическими вопросами, знает необходимый нормативный материал, владеет навыками решения профилактических вопросов. Умеет пользоваться гигиенической аппаратурой. Тест: количество правильных ответов> 91 %.

Хорошо - выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу отвечающему на вопросы, не допускающему при ответе существенных ошибок. Студент умеет применять теоретические знания в практической деятельности, владеет навыками пользования гигиенической аппаратурой. Знает необходимый минимум гигиенических нормативов. Тест: количество правильных ответов 81 -90%.

Удовлетворительно — выставляется студенту, имеющему знания лишь основных разделов предмета, но не усвоившему его деталей. Студент допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения в последовательности ответа. Испытывает затруднения в выполнении обязательных навыков и приемов в общей гигиене. Слабо знает нормативный материал. Неуверенно выполняет практические работы и решает задачи. Тест: количество правильных ответов 71 -80%.

Неудовлетворительно - выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки по основным разделам общей и частной гигиены. Студент не знает названий приборов, применяемых в гигиенической практике, обязательных гигиенических нормативов. Не может выполнить практическую работу, решить задачу, не дает ответы на дополнительные наводящие вопросы. Тест: количество правильных ответов< 70 %.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1.Введение в клинику профессиональных болезней. Понятие о профпатологии как клинической дисциплине.

2. Группировка профзаболеваний по этиологии и преимущественному поражению отдельных органов и систем.

3. Медицинские учреждения, занимающиеся вопросами профпатологии.

4. Нормативно-правовая база при проведении медицинских осмотров. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 года № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

5. Особенности обследования и необходимая документация для установления профессионального характера заболевания. Критерии

для установления связи заболевания с выполняемой работой.

6. Документы, необходимые для проведения экспертизы связи заболевания с профессией.

7. Задачи и принципы врачебно-трудовой экспертизы, трудовой и медицинской реабилитации в клинике профессиональных болезней и

их социальное значение.

8. Острое профессиональное заболевание. Оформление необходимой документации.

9. Классификация профессиональных заболеваний лёгких. Понятие о пневмокониозах.

10. Классификация пневмокониозов (1976г., 1995г.). Особенности разных групп пневмокониозов.

11. Силикоз, как пневмокониоз, занимающий центральное место среди пневмокониозов. Этиопатогенез, клиника, диагностика, течение и осложнения, лечение, профилактика.

12. Осложнения пневмокониозов. Лечение. Профилактика.

13. Силикотуберкулез. Краткие сведения о других пневмокониозах (асбестоз, пневмокониоз сварщика, антракоз и т.д.).

14. Асбестоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, течение и осложнения, лечение, профилактика. Профессии и производства, в которых возможно развитие профессионального заболевания.

15. Пневмокониоз сварщика. Этиопатогенез, клиника, диагностика, течение и осложнения, лечение, профилактика. Профессии и производства, в которых возможно развитие профессионального заболевания.

16. Антракоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, течение и осложнения, лечение, профилактика. Профессии и производства, в которых возможно развитие профессионального заболевания.

17. Бериллиоз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Профессии и производства, в которых возможно развитие профессионального заболевания.

18. Этиопатогенез профессиональных бронхитов. Классификация. Клиника. Диагностика. Значение бронхоскопии в установлении профессионального генеза заболевания.

19. ХОБЛ, как профессиональное заболевание. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Профессии и производства, в которых возможно развитие профессионального заболевания.

20. Особенности диагностики, профессиональной бронхиальной астмы. Тесты элиминации, реэкспозиции, экспозиции. Роль ингаляционных проб в диагностике профессиональной бронхиальной астмы. Лечение. Профилактика. Прогноз. Врачебно-трудовая экспертиза.

21. Определение. Этиопатогенез. Клиническая картина при заболевании, связанном с воздействием локальной вибрации. Стадии болезни. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз. Решение экспертных вопросов.

22. Общие и специфические изменения крови при действии промышленных ядов. Классификация профессиональных заболеваний крови. Пути поступления и выведения яда из организма.

23. Острая и хроническая интоксикация бензолом. Синдромы забо­левания и их патогенез.

24. Особенности диагностики профессиональных заболеваний системы крови. Лечение. Профилактика. Врачебно-трудовая экспертиза.

25. Профессиональные нейроинтоксикации. Острые и хронические интоксикации. Профилактика.

26. Профессиональные интоксикации ртутью. Острые и хронические интоксикации ртутью. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

27. Хроническая интоксикация марганцем. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

28. Хроническая интоксикация сероуглеродом. Пути поступления и выведения яда из организма. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика по степени тяжести. Лечение. Профилактика. Врачебно-трудовая экспертиза.

29. Классификация ядохимикатов по химической структуре, целям применения, степени токсичности. Пути поступления и выведения из организма.

30. Острые и хронические интоксикации фосфорорганическими пести­цидами. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.

31. Острые и хронические интоксикации ртутью органическими пести­цидами. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.

32. Острые и хронические интоксикации хлорорганическими пести­цидами. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.

33. Природные источники сероводорода. Производства, в которых возможно отравление сероводородом. Состав Оренбургского природного газа.

34. Острое отравление сероводородом. Классификация по степени тяжести. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Прогноз. Про­филактика. Экспертиза трудоспособности.

35. Профессиональные заболевания, связанные с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением отдельных

органов и систем. Компрессионные мононевропатии. Радикулопатии. Миофиброзы. Остеоартрозы. Эпикондилезы. Бурситы, тендинозы и др. Патогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Экспертиза трудоспособности.

36. Влияние компьютерной техники на организм, работающего с ней. Изменения в состоянии здоровья работающих с компьютером. Профилактика этих изменений.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

# **Пример решения типовой задачи №1 по установлению клинического диагноза-пневмокониоза.**

Какое заболевание можно предполагать у больного К. 48 лет, который в течение 15 лет работал электросварщиком на полуавтоматической сварке и сварке в углекислом газе? Частично работал также в закрытых ёмкостях (трюм парохода, крупные цистерны и трубы). Постепенно начал замечать одышку при большом физическом напряжении (подъём на 5-6 этаж), небольшой кашель с тёмной мокротой, самочувствие оставалось удовлетворительным, функции дыхания без отклонений от нормы. При рентгенологическом исследовании заподозрен диссеминированный туберкулёз, получал противотуберкулёзные препараты без эффекта. Анализ крови, мокроты без отклонений. Реакция Манту отрицательная.

Сформулируйте диагноз и экспертное решение.

**Эталон ответа:**

Пневмокониоз электросварщика, рабочий может продолжать работать вне закрытых ёмкостях при условии врачебного наблюдения.

# **Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Профессиональный бронхит».**

В клинику профессиональных болезней поступила больная 44 лет, направленная после периодического осмотра врачами медико-санитарной части машиностроительного завода. В течение 18 лет работает шлифовщицей в литейном цехе.

Жалуется на кашель, нерезкую одышку при подъёме по лестнице. Кашель беспокоит уже 4-5 лет, вначале был сухим, в последние месяцы появилась скудная вязкая мокрота, тогда же стала замечать одышку.

Перенесённые заболевания; пневмония (в детстве), дизентерия (12 лет назад).

При осмотре – жёсткое дыхание, единичные жужжащие хрипы в межлопаточной и подлопаточной областях, перкуторный звук в нижних отделах с коробочным оттенком, в остальном – без отклонений от нормы. Функция внешнего дыхания не исследовалась. На рентгенограмме незначительное уплотнение корней, нерезкое усиление лёгочного рисунка в нижних отделах.

1.Сформулируёте предварительный диагноз.

2.Какие данные Вы считаете необходимыми для установки окончательного диагноза?

**Эталон ответа:**

1. Предварительный диагноз: хронический пылевой бронхит. Основанием для этого диагноза служат: «пылевая» профессия больной, большой стаж в этой профессии, постепенное развитие заболевания, объективные симптомы; отсутствие в анамнезе указаний на предшествовавшее острое инфекционное заболевание.
2. Для установления окончательного диагноза требуется: получить сведения о запылённости на рабочем месте; исследовать функцию внешнего дыхания.

# **Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Вибрационная болезнь».**

При медицинском осмотре рабочих, производящих клёпку корпусов сельскохозяйственных машин, у одного из них был установлен диагноз «вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации, 2 ст., с явлениями ангиоспастического синдрома». Больной работает в профессии клёпальщика 3 года. Клёпку производит тяжёлым пневматическим молотком, генерирующим вибрацию, превышающую по своим параметрам предельно допустимые уровни. Частота ударов молотка – 900 в минуту. Предъявлял жалобы на повышенную зябкость рук и ног на холоде и резкое побеление пальцев на руках и ногах при мытье их холодной водой, при общем переохлаждении. Пальцы рук и ног холодные с небольшим акроцианозом. При исследовании болевой чувствительности альгезиметром Вожжовой ощущение укола на ладонной поверхности кончиков пальцев возникало у больного при длине иглы 0,2-0,3 мм. Аналогичные показатели на пальцах ног составляли 0,4-0,5 мм. При погружении рук и ног в ледяную воду наступало сплошное побеление всех пальцев рук и ног. При исследовании вибрационной чувствительности паллестезиометром (конструкция Шведа) её порог на кончиках пальцев рук составил 70-80 условных единиц, а на стопах 90-95 единиц.

Принято решение провести больному курс амбулаторного лечения с временным переводом на работу, исключающую контакт с несовместимыми для данного профессионального заболевания условиями труда (доплатой – профессиональный больничный листок, сроком на 2 месяца).

Критически оцените диагностическое и экспертное решение.

**Эталон ответа:**

Диагностическое и экспертное решение принято неправильно. Не были учтены первоначальные сведения, характеризующие условия труда и продолжительность работы больного в профессии клёпальщика. Рабочий в течение непродолжительного времени имел производственный контакт с виброопасным инструментом, генерирующим низкочастотную вибрацию. Эта форма и амплитудно-частотная характеристика вибрации способна вызвать патологический процесс, характерный наличием, прежде всего, синдрома вегетативного полиневрита. Ангиоспастический синдром в этом случае появляется несколько позже или бывает сочетанным с полиневритическим синдромом.

Анализ субъективных и объективных признаков, характеризующих заболевание рабочего, позволяет полностью исключить полиневритический синдром (отсутствие характерных жалоб на ноющие боли в руках, онемение пальцев и парестезии, нормальные показатели альгезиметрии). Нет оснований трактовать имеющийся ангиоспастический синдром, как начальные проявления вибрационной болезни (одновременно белеют пальцы на ногах и руках, нормальны показатели вибрационной чувствительности).

В данном случае больной, по-видимому, страдает болезнью Рейно, которая является медицинским противопоказанием для работы с виброопасными инструментами. Клинических и юридических оснований для оформления рабочего доплатного (профбольничного) листка нет.

# **Пример решения типовой задачи по установлению диагноза «Профессиональное заболевание с преимущественным поражением системы крови».**

Больная Е., 35 лет, маляр, в процессе работы использовала нитрокраски с растворителями, содержащими бензол, концентрации которого в воздухе рабочей зоны превышали ПДК в 2-3 раза.

Спустя 7 лет от начала работы стала ощущать повышенную утомляемость, общую слабость, появились «синяки» на коже без видимых причин, менструации удлинились до недели, стали обильными.

При очередном периодическом медицинском осмотре было обнаружено: кожные покровы обычной окраски, геморрагии в области бёдер и голеней до 1,5-2 см в диаметре. Дёсны при надавливании кровоточат. Положительный симптом щипка. Лимфатические узлы не увеличены.

Тоны сердца ритмичны, 74 в 1′, АД: 150/90 – 120/70 мм рт. ст.

В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены.

Тремор век, а также пальцев вытянутых рук. Ладони мокрые. Сухожильные рефлексы живые, разлитой красный дермографизм.

Общий анализ крови: Нb – 150 г/л, эритроциты – 3,2 · 1012/л, цв. пок. – 0,98, лейкоциты – 3,1 · 109/п., тромбоциты – 110 · 109/п, ретикулоциты – 5%, СОЭ – 20 мм/час, время кровотечения – 5 минут.

Больная направлена в стационар, где получала лечение препаратами железа и витамином В12, после чего наступило заметное клиническое улучшение.

После выписки из стационара было дано следующее заключение: показан перевод на другую работу, не связанную с воздействием бензола и других гематропных веществ.

1.Сформулируйте предполагаемый диагноз.

2.Правильно или нет было вынесено заключение о трудоспособности больной и почему?

**Эталон ответа:**

1.Предполагаемый диагноз: хроническая интоксикация бензолом средней степени тяжести (умеренная панцитопения в крови, астеновегетативный синдром с явлениями полинейропатии, нередко выраженный геморрагический синдром).

2.Заключение о трудоспособности больной было вынесено правильно, потому что продолжение контакта с бензолом может привести к прогрессированию процесса.

# **Пример решения типовой задачи по установлению диагноза «Профессиональные нейроинтоксикации».**

Больная А., 42 лет, работает термометристкой на заводе медицинских и промышленных термометров в течение 20 лет, имеет контакт с металлической ртутью. Пары ртути на рабочем участке превышают ПДК в 3-5 раз. Обратилась к терапевту с жалобами на постоянные головные боли, сонливость днём и прерывистый сон ночью, повышенную раздражительность, утомляемость, снижение памяти, потливость, сердцебиение.

При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД: 120/80, пульс 90 в 1′. Сухожильные и перностальные рефлексы равномерно оживлены.

Отмечается тремор пальцев вытянутых рук, усиливающийся при волнении, тремор век, языка. Дермографизм ярко-красный, разлитой, стойкий. Общий гипергидроз. Дёсны отёчны, кровоточат при надавливании. Щитовидная железа I ст., мягкая на ощупь.

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Какие дополнительные исследования следует провести в целях диагностики?

3. Если Вы решили, что заболевание больной А. профессиональное, то перечислите общие заболевания, с которыми нужно провести дифференциальную диагностику.

**Эталон ответа:**

1.Начальная стадия хронической интоксикации ртутью (астеновегетативный синдром).

2.Анализ мочи на ртуть. Усугублённый осмотр неврологом, эндокринологом.

3.Тиреотоксикоз, неврастения.

# **Пример решения типовой задачи по установлению клинического диагноза «Отравление пестицидами».**

Машиной скорой помощи доставлен больной Р., 34 лет, кладовщик склада ядохимикатов. В течение всего рабочего дня взвешивал, отпускал хлорофос. Работал в закрытом помещении без вентиляции, респиратором не пользовался. К концу дня появилась общая слабость, головная боль, головокружение, повышенное слюноотделение, боли в животе, тошнота, дважды была рвота.

При обследовании отмечалась тахикардия, 92 в 1′. АД: 120/70 мм рт. ст., миоз, вялая реакция зрачков на свет, лёгкий тремор пальцев рук.

Дермографизм красный, умеренно разлитой, стойкий. Общий гипергидроз. Гиперсаливация. Отмечается умеренное снижение активности холинэстеразы.

1.Поставьте диагноз.

2.Примите экспертное решение.

3.Перечислите необходимые лечебные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Лёгкая острая интоксикация хлорофосом.

2. Временный перевод на работу вне контакта с токсическими веществами.

3. Атропин, дипироксим, симптоматическая терапия.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра гигиены детей и подростков с гигиеной питания и труда

направление подготовки (специальность) 31.05.02 - Педиатрия

дисциплина Профессиональные болезни

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_**

1. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА.

2. Введение в клинику профессиональ­ных болезней. Понятие о профпатологии как клинической дисциплине.

3.Определение. Этиопатогенез. Клини­ческая картина при заболевании, связан­ном с воздействием локальной вибрации. Стадии болезни. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз. Решение экспертных вопросов.

Зав. кафедрой гигиены детей и

подростков с гигиеной питания

и труда, д.м.н., профессор Сетко А.Г.

Декан педиатрического факультета,

 д.м.н., профессор Лященко Д.Н.

 «22» апреля 2019г.

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Калькулятор.

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально \_\_70\_\_\_баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до \_\_5\_\_\_ баллов включительно. Количество баллов складывается из \_входного контроля и устного опроса с выставлением среднего балла\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль (при наличии) в форме \_тестирования\_ и определяется количество баллов рубежного контроля максимально \_5\_ баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений путем пересчета среднего балла.

Таблица 1

***Пересчёт среднеарифметической 5-балльной оценки в 70-балльную***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ср.балл по5-балл. сист. | Балл по 70-балл. сист. | Ср.балл по5-балл. сист. | Балл по 70-балл. сист. | Ср.балл по5-балл. сист. | Балл по 70-балл. сист. |
| **5.0** | 70 | **4.0** | 60 | **2.9** | 33 – 34 |
| **4.9** | 69 | **3.9** | 57 – 59 | **2.8** | 31 – 32 |
| **4.8** | 68 | **3.8** | 53 – 55 | **2.7** | 30 |
| **4.7** | 67 | **3.7** | 50 – 52 | **2.6** | 28 – 29 |
| **4.6** | 66 | **3.6** | 47 – 49 | **2.5** | 26 – 27 |
| **4.5** | 65 | **3.5** | 44 – 46 | **2.4** | 24 – 25 |
| **4.4** | 64 | **3.4** | 42 – 43 | **2.3** | 20 – 23 |
| **4.3** | 63 | **3.3** | 40 – 41 | **2.2** | 15 – 19 |
| **4.2** | 62 | **3.2** | 38 – 39 | **2.1** | 10 – 14 |
| **4.1** | 61 | **3.1** | 36 – 37 | **2.0** | 0 – 9 |
|  |  | **3.0** | 35 |  |  |

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально \_15\_баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (см. таблица 2):

**Таблица 2 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации | Оценка обзора, отчета | От 1 до 10  |
| Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | От 1 до 5  |
| Выступление на заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | От 1 до 5 |
| Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | От 1 до 5 |
| Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | От 1 до 5 |
| Создание презентаций | Оценка презентации | От 1 до 5 |
| Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | От 1 до 5  |
| Участие в конференциях разного уровня | Оценка отчета | От 1 до 5  |

**4.3. Правила формирования экзаменационного рейтинга**

Экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 1 до 15. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее 7 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов. В случае получения обучающимся экзаменационного рейтинга менее 7 баллов или текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными, дисциплина считается не освоенной и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается, в ведомость по результатам экзамена выставляется «неудовлетворительно» (таблица 3).

**Таблица 3**

**Экзаменационный рейтинг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Баллы** | **Оценка за экзамен** | **Результаты тестирования** |
| 15 |  «Отлично» | 91-100% |
| 14 | «Отлично» | 81-90% |
| 13 | «Отлично» | 71-80% |
| 12 | «Хорошо» | 91-100% |
| 11 | «Хорошо» | 81-90% |
| 10 | «Хорошо» | 71-80% |
| 9 | «Удовлетворительно» | 91-100% |
| 8 | «Удовлетворительно» | 81-90% |
| 7 | «Удовлетворительно» | 71-80% |
| 6 | «Неудовлетворительно» | менее 71% |

При успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине осуществляется перевод полученного дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему в соответствии с таблицей 4.

**Таблица 4**

**Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему.**

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 85 – 100 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 64 – 84 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 43–64 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 42 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |