

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Специальность - 040114 профпатология

Кафедра терапии и профессиональных болезней с курсом ИДПО

Форма обучения - очная

Дисциплина – «Профессиональные болезни»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

Больная Т., 38 лет. В течение 19 лет работала прядильщицей химического волокна в контакте с сероуглеродом в концентрациях выше ПДК в 3-10 раз.

Анамнез не отягощен. Считает себя больной около 5-6 лет.

Поступила с жалобами на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, головокружение, повышенную утомляемость.

В неврологическом статусе: ЧМН - непостоянный горизонтальный нистагмод в обе стороны. Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде «перчаток» и «носков». Координация и статика - норма. Сухожильные рефлексy средней живости, патологических знаков нет. Брюшные живые, равномерные, подошвенные не вызываются. Кисти и стопы влажные, прохладные, с мраморным оттенком. Колебания АД от 110/70 до 145/90 мм рт. ст. Эмоционально лабильна.

Задание:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз /стадия, синдром/.
2. Укажите дополнительные методы обследования в данном случае.
3. Вынесите экспертное заключение о трудоспособности больной.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Специальность - 040114 профпатология

Кафедра терапии и профессиональных болезней с курсом ИДПО

Форма обучения - очная

Дисциплина – «Профессиональные болезни»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.

Больной К., 33 лет, работал в течение 12 лет формовщиком в цехе точного литья в контакте с пылью маршалита, концентрации которого в 4 раза выше ПДК.

При ПМО признавался практически здоровым, через 10 лет от начала работы стал отмечать сухой кашель, одышку при ранее выполняемой нагрузке, слабость, потливость.

После перенесенного ОРВИ кашель и одышка усилились. При обращении к врачу - катаральных явлений в легких нет, дыхание ослабленное. В анализе крови: СОЭ 15 мм в час, небольшая лимфопения, незначительное увеличение гамма-глобулинов. При рентгенологическом исследовании выявлены эмфизема легких, деформация легочного рисунка за счет мелкопятнистых теней узелкового типа.

Задание:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Какой фактор сыграл роль в развитии болезни и почему.
3. Дайте рекомендации по дополнительному обследованию, если считаете нужным.
4. Дайте определение и классификацию пневмокониозов.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Специальность - 040114 профпатология
Кафедра терапии и профессиональных болезней с курсом ИДПО
Форма обучения - очная
Дисциплина – «Профессиональные болезни»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3.

Больной П., 44 лет. Стаж работы обрубщиком 22 года (контакт с локальной вибрацией 60-70% рабочего времени с параметрами выше ПДУ). Анамнез не отягощен. Считает себя больным в течение 7-8 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли, онемение, слабость в руках, повышенную зябкость рук, побеление пальцев левой руки. С трудом выполняет работу.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: ЧМН - патологии не найдено. Произвольные движения в полном объеме, безболезненные. В мышцах надлопаточной области пальпируются болезненные уплотнения, мышцы предплечий тяжисты и болезненны. Гипалгезия от плечевых суставов, с усилением на кистях. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Координация и статика не нарушены, легкий тремор вытянутых рук. Нерезкий общий гипергидроз. Кисти рук цианотичные, мокрые, гипотермичные. Стопы слегка мраморные, влажные, теплые. Капиллярскопия: умеренно выраженный спазм капилляров. Температура кожи рук 25,6-26,3 градусов. Холодовая проба - отрицательная (восстановление исходной температуры кожи рук через 10 минут), однако во время пребывания больного в стационаре неоднократно отмечалось спонтанное побеление 3-5 пальцев левой руки.

Паллестезиометрия: на руках пороги вибрационной чувствительности повышены на высоких частотах.

Динамометрия: справа - 30 кг, слева - 20 кг.

ЭМГ: выявленные изменения БА мышц свидетельствуют об измененном функционировании сегментарного и надсегментарного уровней.

РВГ рук: снижение интенсивности пульсового кровенаполнения артерий кистей и предплечий, артериальный тонус повышен, признаки венозного полнокровия. Проба с нитроглицерином положительная.

Рентгенография:

1. Шейный отдел позвоночника - признаки деформирующего спондилеза и остеохондроза С5-6, С6-7 (1 ст.).
2. Кисти - костной патологии не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (клинический синдром, степень выраженности процесса).
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Как должны решаться вопросы экспертизы трудоспособности в данном случае.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Специальность - 040114 профпатология
Кафедра терапии и профессиональных болезней с курсом ИДПО
Форма обучения - очная
Дисциплина – «Профессиональные болезни»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.

У больной стероидозависимой профессиональной бронхиальной астмой предполагается назначение ингаляционных глюкокортикоидов (бекломет) с целью уменьшения поддерживающей дозы глюкокортикоидов внутрь (у больной появилась гипергликемия, артериальная гипертензия). Какое утверждение относительно применения бекломета у больной бронхиальной астмой неправильно?

1. Может быть использован для купирования приступа удушья.
2. Увеличение суточной дозы свыше 1000 мкг повышает эффективность.
3. Перед применением бекломета целесообразна ингаляция бэта2-адреномиметиков.
4. На фоне лечения беклометом возможно развитие кандидоза ротоглотки.
5. Оказывает незначительный системный эффект.

Ответ 1:

1. Хроническая интоксикация сероуглеродом /астено-вегетативный синдром, вегетативно-сенсорная полиневропатия конечностей/.
2. ЭМГ, ЭНМГ, РВГ, РЭГ.
3. Противопоказана работа в контакте с токсическими веществами, со значительным физическим напряжением.

Ответ 3:

1. Вибрационная болезнь 1-2 ст. /вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей, умеренно выраженная, с частыми акроангиоспазмами пальцев рук/.
2. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с рефлекторным нейро-сосудистым синдромом; болезнь Рейно; синдром Рейно; метаболическая полиневропатия.
3. Противопоказана работа в контакте с вибрацией, значительным физическим напряжением, охлаждением и смачиванием рук.