

## **Примеры практических (ситуационных) задач для подготовки к промежуточной аттестации в форме зачета по профессиональным болезням**

### **Практическая (ситуационная) задача №1**

Пациентка Д., 68 лет, направлена к профпатологу после проведения рентгенографии органов грудной клетки в поликлинике по месту жительства.

При обращении жалобы на малопродуктивный кашель, периодически с мокротой белого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, выраженную слабость.

В течение 25 лет работала машинистом конвейера на щебеночном заводе, имела контакт с высоко фиброгенной, содержащей кремний пылью в концентрации 3,1-5,1 мг/м<sup>3</sup> (ПДК 2 мг/м<sup>3</sup>). В период работы ежегодно проходила периодические медицинские осмотры, в последние годы работы выставлялся диагноз хронического бронхита, однако к работе допускалась. Последние 10 лет не работает, контакта с профессиональными вредностями не имеет. В течение последних 9 лет к врачам не обращалась, рентгенографическое исследование легких не проводилось. В связи с появлением в течение последнего года одышки при физической нагрузке, сухого кашля и общей слабости по направлению участкового врача-терапевта была выполнена рентгенография органов грудной клетки.

Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 68 кг. Кожный покров обычной окраски, сухой. Цианоза нет. Периферических отеков нет. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок звука, дыхание ослабленное, выслушиваются сухие склеротические хрипы с обеих сторон. ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 74 в 1 мин, АД 150/86 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии и правом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Рентгенография органов грудной клетки: нерезкое повышение прозрачности легочных полей. На фоне симметричного обогащения и деформации легочного рисунка с обеих сторон определяются по всем легочным полям множественные очаговые тени диаметром до 4 мм. Корни усилены, содержат мелкие кальцинаты.

Спирометрия: умеренное нарушение проходимости крупных бронхов, на фоне умеренного снижения ЖЕЛ.

**Вопросы к ситуационной задаче:**

1. Какие основные синдромы можно выделить у пациентки?
2. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Определите тактику ведения пациентки.

## **Практическая (ситуационная) задача №2**

Пациент К., 42 лет, литейщик по выплавке легированной стали, в контакте с марганцем, профессиональный стаж 10 лет.

Жалобы на кашель, одышку, боль и онемение в конечностях, головную боль, снижение аппетита, общую слабость, небольшую заторможенность при ходьбе. Сон тревожный, прерывистый, сопровождается тяжелыми сновидениями.

Недомогание развивалось исподволь в течение последних двух лет.

Курит, спиртные напитки употребляет умеренно.

При осмотре: кожный покров бледный, лимфатические узлы не увеличены, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: умеренная гипомимия, непостоянная анизокория. Сухожильные и периостальные рефлексy равномерно снижены, брюшные рефлексy не вызываются. Красный стойкий дермографизм, акрогипотермия, акроцианоз, гипалгезия по типу «перчаток» и «носок», тонус мышц конечностей снижен, мышечная сила ослаблена, неустойчивость в позе Ромберга. Легкий тремор вытянутых пальцев рук.

Клинический анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты  $4,55 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы 1%, палочкоядерные 53%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, СОЭ 11 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность полная, относительная плотность 1015, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий плоский в умеренном количестве.

ЭКГ без отклонений от нормы.

### **Вопросы к ситуационной задаче:**

1. Какие основные синдромы можно выделить у пациента?
2. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Определите тактику ведения пациента.

### **Практическая (ситуационная) задача №3**

Пациент Г. 46 лет, работает клепальщиком в течение 20 лет. Болен около года, когда стали беспокоить резкая боль в плечевом поясе, особенно в ночное время, онемение и побеление пальцев рук при охлаждении, стал раздражительным.

При осмотре: кисти отечные, холодные, цианотичные. Кончики пальцев с ладонной поверхности имеют вид подушечек. Резко снижены все виды чувствительности (болевая, температурная, вибрационная) по типу длинных перчаток. При холодной пробе – симптомы «мертвых пальцев», особенно белеют 2 и 4 пальцы обеих рук. Отмечается слабость в приводящих мышцах 5 пальца, приведение 5 пальца на правой руке ограничено, изменена электровозбудимость. Сухожильные и периостальные рефлексy живые. При пальпации определяется значительное уплотнение типа миофасцикулитов в надлопаточных мышцах предплечья, мышцы при пальпации болезненны, в местах перехода в сухожилия – крепитация. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Рентгенограммы кистей: в мелких костях кистей имеются небольшие очаги уплотнения костной ткани.

Капилляроскопия: выраженные изменения на обеих руках с преобладанием спастико-атонического состояния капилляров.

Плетизмография: значительно снижен артериальный приток.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений.

ЭКГ – ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

Обнаружено повышение порога восприятия шума на высокие частоты.

### **Вопросы к ситуационной задаче:**

1. Какие основные синдромы можно выделить у пациента?
2. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Определите тактику ведения пациента.