

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей Минздрава России»

В.В. РАЗУМОВ, В.А. ЗИНЧЕНКО, Е.Б. ГУРЕВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
В ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ
ПРОФПАТОЛОГА**

Новокузнецк, 2013

**ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей Минздрава России"**

В.В. РАЗУМОВ, В.А. ЗИНЧЕНКО, Е.Б. ГУРЕВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В
ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ ПРОФПАТОЛОГА**

Новокузнецк, 2013

Разумов В.В. Клинические аспекты в экспертной работе профпатолога: учебное пособие / В.В. Разумов, В.А. Зинченко, Е.Б. Гуревич – Новокузнецк, 2013. – 258 с.

В учебном пособии представлены клинические аспекты оценки профпатологической ситуации, недостаточная осведомленность о которых первичного звена профпатологии приводит либо к ошибочному или запоздалому подозрению на профессиональное заболевание; изложены представления о различных уровнях профессионально детерминированного нарушения здоровья; в сжатом виде изложены клинические особенности основных профпатологических нозологических единиц. Для усвоения и закрепления изложенных положений в учебном пособии используются ситуационные задачи в форме разборов 69 клинических случаев консультаций или экспертиз связи с профессией наиболее часто встречающихся клинических ситуаций.

Учебное пособие предназначено для профпатологов, врачей первичного звена профпатологии, и в первую очередь – для принимающих участие в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, для врачей общелечебной сети (терапевты, семейные врачи, пульмонологи, неврологи), сталкивающихся в той или иной степени с вопросами профессиональной детерминированности нарушения здоровья, а также для слушателей ГБОУ ДПО и для студентов медицинских вузов и академий, обучающихся по специальностям "Лечебное дело" и "Медико-профилактическое дело".

Авторы:

Разумов Владимир Валентинович – докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", академик РАЕН, чл.-корр. РАЕ.

Зинченко Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, доцент кафедры профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России".

Гуревич Елена Борисовна – асс. кафедры профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", внештатный ведущий специалист по профпатологии Управления здравоохранения г. Новокузнецка.

Рецензенты:

Лахман Олег Леонидов – докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой профпатологии и гигиены ГБОУ ДПО "Иркутская государственная медицинская академия Минздрава РФ", главный врач клиники Ангарского филиала ФГБУ "Восточно-Сибирский НЦ экологии человека", главный внештатный эксперт-профпатолог МЗ Иркутской области

Паначева Людмила Алексеева – докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России".

Бабанов Сергей Александрович – докт. мед. наук, профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Минздрава России".

Утверждено учебно-методической комиссией ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", протокол № 3 от 06.06.2013 г.

Оглавление

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. История парадигмы профпатологии и её понятийно-терминологического аппарата	7
Глава 2. Методология экспертизы связи заболевания с профессией	14
Глава 3. Ситуационные задачи и постановка вопросов	27
Глава 4. Ситуационные задачи: ответы на вопросы, пояснения к ним, формулировки заключений врачебной комиссии по профпатологии и их аргументация	160
Заключение	251
Приложение	253
Список литературы	256

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия
АПФД	– аэрозоли преимущественно фиброгенного действия
АРМ	– аттестация рабочего места
б/л	– больничный лист
БА	– бронхиальная астма
ВБ	– вибрационная болезнь
ВК	– врачебная комиссия
ВЧ	– вибрационная чувствительность
ГРОЗ	– горнорабочий очистного забоя
ГРП	– горнорабочий проходки
ДН	– дыхательная недостаточность
ДОА	– деформирующий остеоартроз
КТМ	– кожная термометрия
МБУ	– машинист буровых установок
МГВМ	– машинист горных выемочных машин
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НК	– недостаточность кровообращения
НСТ	– нейросенсорная (сенсорноневральная) тугоухость
НФ	– нарушение функции
НФС	– нарушение функции суставов
ОГК	– органы грудной клетки
ОХ	– остеохондроз позвоночника
ПДК	– предельно допустимая концентрация
ПДС	– позвоночно-двигательный сегмент
ПДУ	– предельно допустимый уровень
ПК	– пульсовое кровенаполнение
ПЛП	– плечелопаточный периартроз
ПМО	– периодический медицинский осмотр
ПОХ	– поясничный остеохондроз
РВГ	– реовазография
РЛ	– резидуальная латентность
РЭГ	– реоэнцефалография
СГХ	– санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места
СКТ	– спиральная компьютерная томография
СРВ	– скорость распространения возбуждения (по нервам)
СЭНМГ	– стимуляционная электронейромиоэлектрография
ТЛ	– терминальная латентность
ФБС	– фибробронхоскопия
ФСС	– фонд социального страхования
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь лёгких
ХП	– холодовая проба
ЦПП	– центр профессиональной патологии
ЧД	– частота дыхания
ЧМН	– черепно-мозговые нервы
ШОХ	– шейный остеохондроз
ЭхоКГ	– эхокардиография
ЭЭГ	– электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Кузбасс более десятилетия является моделью профессиональной заболеваемости России не только в связи с его нозологической тождественностью структур этой патологии с таковой по России, но и почти 10-кратным превышением показателей профессиональной заболеваемости в Кемеровской области над российскими [4, 13]. Значительная заболеваемость рельефнее обозначает аспекты проблемы, влияющие на показатели этой заболеваемости и имеющие непосредственное отношение к профпатологическому обеспечению работающих контингентов.

Одной из таких "зон интереса" является недостаточная разработанность клинических аспектов профессиональной заболеваемости, находящихся в тени санитарно-гигиенического представления о решающей роли условий труда в развитии профессиональной патологии. Из этого положения, безусловно верного в части обязательности, облигатности, необходимости нарушений гигиенических условий труда для развития нарушений здоровья, исподволь выбрасывается второе условие развития патологического процесса – недостаточности единственного фактора, в данном случае – недостаточности санитарно-гигиенической составляющей. Развитие любого патологического процесса, являясь закономерным, подчиняется требованию закона быть взаимосвязью явлений, как минимум двух, каждое из которых одновременно является и необходимым, и недостаточным, только в своей совокупности, во взаимосвязи могущих породить явление.

Применительно к профессиональной патологии нужно поэтому говорить о факторах внешних – профессиональных и факторах индивидуальных (конституциональных), как бы внутренних по отношению к внешним, каждый из которых формируется из многочисленных обстоятельств тех же модальностей (экологии среды проживания, образа жизни, вредных привычек, характера питания, конституциональной составляющей индивидуума, перенесенных заболеваний и состояний, врожденных и наследственных факторов и прочее, и прочее).

Гипертрофия представлений о решающей роли факторов производственной среды и трудового процесса в развитии профессиональной заболеваемости имеет исторические корни, уходящие в тот период истории общества и науки, когда эти факторы были не только крайне вредными, но и опасными. Но в те времена вторая составляющая причинности заболевания – индивидуальная (конституциональная) – была ещё просто недоступна научному изучению хотя бы в каком-нибудь одном её проявлении. У медицины просто не было иного выбора видеть причину заболеваний, кроме как в лежащих на поверхности влияниях на организм вредных условий окружающей среды существования, в том числе – и профессиональных.

Но времена изменились. Условия труда перестали быть опасными, потеряли прежнюю степень вредности; появились новые концепции здоровья со взвешенным пониманием внешнего и внутреннего. Первоначальные представления о детерминированности нарушения здоровья вредными факторами производства в виде только профессиональных заболеваний пополнились понятием профессионально (производственно) обусловленных заболеваний с постепенным размыванием границ между ними и слияние их в так называемые заболевания, обусловленные работой. Врач-профпатолог теперь обязан знать не только гигиену и про-

фессиональные заболевания, но и общую патологию, и генетику, и иммунологию, и доказательную медицину, не говоря уже о частных, широко разросшихся разделах клинической медицины, почему профпатология уже 20 лет назад трансформировалась в медицину труда, в клинический раздел медицины.

Однако в этом движении отечественная профпатология больше копирует зарубежную медицину, чем следует духу перемен. Санитарно-гигиеническое мышление продолжает по инерции довлеть над врачом-профпатологом. Как показывает опыт, первой и нередко единственной аргументацией профессионального заболевания для него является, как и для гигиениста, работа во вредных условиях труда. А если клинические аргументы в пользу профессионального генеза заболевания и выдвигаются, то они рассматриваются второстепенными, по значимости и по своему удельному весу стоящими после вредных условий труда. В аргументации профпатологического заключения "клиническая фракция" явно уступает "этиологической фракции".

Настоящая публикация предпринята с целью осветить преимущественно клинические аспекты профпатологии не в ущерб организационным и санитарно-гигиеническим. При их освещении использованы не только данные литературы, но и опыт участия в проведении ПМО, а также преподавания профпатологии на кафедре профпатологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, проведения экспертиз профпригодности и связи заболеваний с профессией в Новокузнецком городском центре профессиональной патологии (ЦПП) МБЛПУ "ГКБ № 1", являющегося клинической базой кафедры. Авторы пособия выражают признательность сотрудникам этого Центра – заведующей Л.П. Сениной, врачам-профпатологам к.м.н. Н.Г. Станкевич, Н.В. Сероветниковой, Т.А. Вилковой, Н.Н. Дерябиной за тесное сотрудничество с кафедрой и взаимопонимание.

Освещение клинических аспектов профпатологии в учебном пособии сделано в форме первоначального лекционного изложения клинических подходов к оценке профпатологической ситуации и последующего разбора ситуационных задач.

ГЛАВА 1.

ИСТОРИЯ ПАРАДИГМЫ ПРОФПАТОЛОГИИ И ЕЁ ПОНЯТИЙНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО АППАРАТА

Современная парадигма оценки профпатологической ситуации сформирована всей историей развития профпатологического обеспечения работающих контингентов.

Основоположником гигиены труда считается Б. Рамаццини – автор трактата "О труде ремесленников. Рассуждение" (1700): "Вопрос о ремесле может относиться только к причине в виде внешних условий. Я считаю его уместным, более того, необходимым, когда приходится лечить простой народ... род занятий больного... имеет значение для успеха лечения". Профессия как причина заболевания представлялась само собой разумеющимся, очевидным фактором и через полтора столетия. По А. Никитину (1847) "...врач должен обращать внимание также на ремёсла, чтобы познакомиться с болезнетворными причинами, в них скрывающимися, и быть в состоянии предотвращать их влияние на человеческое тело".

Нефизиологические условия труда в сочетании с неблагоприятными социальными условиями существования работающих объясняют становление и развитие профпатологии как изначально санитарно-гигиенического раздела медицины, как общественной дисциплины, сосредоточенной на изучении состояния здоровья работающих в зависимости от профессиональных и социально-бытовых условий. Понятие "здоровье" у работающих приобрело социально-гигиеническую трактовку, с акцентом на социальной его обусловленности, созвучное представлению медицины того времени о зависимости в целом состояния здоровья организма от внешних условий.

Возникшая парадигма здоровья и болезни имела положительные и отрицательные стороны. Безусловно положительным было формирование представления о профилактике как способе предупреждения заболеваний. Понимание зависимости состояния здоровья организма от внешних условий лежало в основе формирования нервизма – учения о роли нервной системы в адаптации, приспособлении организма к окружающей среде. Оба положения – профилактическое направление медицины и нервизм – составляли отличительную черту отечественной медицины.

Негативной стороной парадигмы обусловленности заболевания внешними обстоятельствами было утверждение в медицинском сознании понимания причинности болезни как единственности с иллюзорным представлением о достаточности для выздоровления лишь устранения внешнего фактора. В профпатологии подобное мышление приковало профессиональную патологию (как сферу деятельности) к санитарно-гигиенической службе и отождествляло профпатолога с санитарным врачом.

Успехи медицины второй половины XX века кардинально изменили представления и общей патологии, и частных разделов медицины, вызвав потребность в трансформации профпатологии из прежнего её понимания в медицину труда.

Тем не менее, и сейчас профпатологам рекомендуется прислушиваться к высказываниям гигиенистов прошлого, например Ф.Ф. Эрисмана: "Ни физиолог, ни химик, ни представитель общей патологии не может заменить собой гигиениста. Ни один из них, не превращаясь в гигиениста, а оставаясь физиологом, химиком и т.д., не сможет объять предмета, того, что составляет его душу".

Но следует помнить, что эти слова были сказаны 130 лет назад, когда от современной клинической медицины ещё ничего не было – ни генетики, ни иммунологии, ни конституциологии, ни современных лабораторных и инструментальных методов обследования. Тогда ещё даже не полностью сформировались патологическая анатомия с её принципом органопатологии, не говоря уже о зачаточном состоянии патофизиологии и функциональных методах исследования.

К сожалению, ностальгия по прошлому – это не только дань истории. И по настоящее время, как и раньше, профпатологическая служба не числится в государственном реестре видов деятельности.

О приглушении клинических аспектов профпатологии свидетельствует простое их замалчивание. К примеру, в ежегодных информационных сборниках статистических и аналитических материалов по состоянию профессиональной заболеваемости в Российской Федерации, формируемых, естественно, структурами Роспотребнадзора, перечень причин, причастных к развитию профессиональных заболеваний, содержит только санитарно-гигиенические нарушения. Ни слова – ни хорошего, ни плохого – не говорится о клинической составляющей в формировании заболеваний ни первичным звеном профпатологии, ни центрами профессиональной патологии.

Анализ качества медицинской работы всех звеньев профпатологии возложен на структуры Роспотребнадзора, которые, как подразделения нелечебные, могут лишь констатировать отклонения в работе врачей от нормативно-законодательной базы, но никак не качество медицинской работы. Поэтому трафаретные упрёки в низком качестве работы врачебных комиссий по проведению периодических медицинских осмотров (ПМО) или центров профпатологии по диагностике профессиональных заболеваний строятся не более чем на арифметическом анализе количеств осмотренных, выявленных, направленных и впервые установленных.

В профпатологии вообще не существует свода рекомендаций по клиническим аспектам экспертной деятельности первичного звена и центров профпатологии. Аспекты диагностики профессиональных заболеваний освещены в ограниченном количестве публикаций, да и то фрагментарно. Спорадически разбросанными, их можно найти в руководствах по профпатологии 1983 и 1996 гг. [26, 31, 32] и в профпатологических публикациях [8].

Однако ни руководства, ни монографические или периодические издания в профпатологии практически недоступны хлынувшему в последние годы в профпатологию контингенту врачей, принимающих участие в проведении ПМО. В инструкции по применению списка профессиональных заболеваний приказа № 90 от 14 марта 1996 года (пункт 7) клинический аспект экспертизы связи заболевания состоит в учёте "... особенности клинической формы заболевания" [24].

Обычно же дело сводится к рекомендации тщательного изучения профессионального маршрута работника и сопутствующих ему вредностей. Однако эта ре-

комендация в бóльшей степени должна относиться к структурам Роспотребнадзора, составляющих санитарно-гигиеническую характеристику (СГХ) рабочего места, чтобы у профпатолога имелись конкретные санитарно-гигиенические ориентиры, на которые можно было опираться при оценке клинических проявлений нарушения здоровья.

Перечень профессиональных заболеваний в приказе № 417н от 24.04.2012 г. не только не содержит каких-либо – клинических или санитарно-гигиенических – элементов экспертизы связи заболевания с профессией [25]. Он не содержит даже определения самого профессионального заболевания, хотя по приказу № 302н от 12.04.2011 г. врачебные комиссии (ВК) по проведению ПМО обязаны выявлять начальные формы профессиональных заболеваний [20].

О запущенности клинических аспектов в оценке профпатологической ситуации свидетельствует терминологическая разноголосица в обозначении тех отклонений в состоянии здоровья, которые первичному звену профпатологии предписано выявлять при ПМО, и это – несмотря на продолжительную историю их проведения и постоянное напоминание о его целях в преамбуле каждого приказа по их проведению или в научных публикациях: ранние формы профессиональных заболеваний [21, 22]; начальные признаки профессиональных заболеваний [11, 21, 22, 24]; нерезко выраженные отклонения со стороны органов и систем профессионального генеза [11, 22]; начальная форма профессиональных заболеваний [20, 21, 23, 24]; лёгкая форма профессиональных заболеваний [24]; подозрение на профессиональное заболевание [14, 17, 18, 23]; предварительный диагноз профессионального заболевания [18, 19]; ранние признаки воздействия (неблагоприятного влияния) вредных производственных факторов [10, 20, 23]; начальные стадии профессиональных заболеваний [7]; ранние изменения в органах и системах организма [10]; нарушения функционального состояния основных систем организма [11].

Ни в одном из этих приказов не дано определения ни одному из приведенных понятий, что должно было быть сделано, учитывая необходимость преемственности в работе при проведении ПМО и экспертном характере деятельности профслужбы, не допускающем двусмысленности толкований.

Но выявление ранних, начальных или лёгких (если даже эти термины использовать как синонимы) форм, признаков и стадий заболеваний нельзя назвать ранней диагностикой нарушения здоровья, поскольку при этом имеется в виду уже полностью сформировавшееся заболевание, то есть конкретные нозологические единицы. Понятие же "лёгкое" в медицине на означает "раннее": хронические заболевания могут продолжительное время протекать не только в лёгкой форме, а даже латентно, проявляя себя манифестно только в финальной стадии болезни. Понятие "стадия" в медицине обозначает необратимые ступени, этапы развития болезни. Поэтому диагностика начальных стадий заболевания [7] далека от профилактического содержания профслужбы.

К сожалению, в профпатологии допускается вольное, по причине, вероятно, отдаленности её от общей патологии, обращение с терминологией, когда явно необратимые состояния, например, сенсорноневральную тугоухость, обозначают степенями. Но если профпатология позиционирует себя как раздел клинической медицины с едиными с ней закономерностями общепатологических процессов, то

она должна пользоваться понятийным аппаратом, принятым в медицине и общей патологии, тем более, что врачи-профпатологи являются лечебниками.

Переходные состояния, на выявлении которых и зиждется профилактическое содержание профпатологии, не имеют официально унифицированного обозначения и определяются по-разному: донозологические, преморбидные, предболезненные состояния; отдельные признаки заболевания; резко выраженные отклонения в состоянии здоровья или функциональных системах; ранние признаки воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья; отдельные признаки неблагоприятного воздействия профессионального фактора.

Согласно рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ по профессиональной гигиене, под ранними признаками нарушения здоровья, вызванного профессиональными вредностями, следует понимать "... нарушения гомеостатических и компенсаторных механизмов на этапе, когда биохимические, морфологические и функциональные сдвиги, предшествующие появлению выраженных симптомов и признаков заболевания, являются полностью обратимыми" [28].

Конец терминологической неразберихе должен был положить приказ № 176 от 28.05.2001 г., поскольку совершенствование системы расследования и учёта профессиональных заболеваний изначально предполагает недвусмысленность понимания предмета расследования и учёта. Однако этот приказ, введя понятия "предварительный диагноз профессионального заболевания" и "заключительный диагноз профессионального заболевания", не только не дал дефиниций этим понятиям [18]. Он оставил без внимания переходные состояния между здоровьем и уже сформировавшимся заболеванием, недвусмысленно дав понять, что основной результат деятельности первичного звена профпатологии по проведению ПМО не представляет для профпатологии интереса ни в плане учёта, ни в плане расследования. Во всяком случае, заключительный акт по результатам ПМО прошлых лет (по приказу № 555 от 29.09.1989 г.), имевший силу до выхода приказа № 302н от 12.04.2011 г., не предусматривал выделения этого контингента работников.

По заключительному акту ПМО, регламентированного приказом № 302н от 12.04.2011 г., этот контингент также невозможно выделить, поскольку он растворен среди различных диспансерных групп, формирующихся по критерию необходимого объёма и вида медицинской помощи, а не степени связи, пускай даже ориентировочной, отклонений в состоянии здоровья с работой во вредных условиях труда.

Поэтому для первичного звена камнем преткновения остаются медицинские критерии, разделяющие переходные состояния в нарушении здоровья от уже сформировавшихся профессиональных заболеваний. Введение в приказе № 83 от 16 августа 2004 г., а теперь – и в приказе № 302н от 12.04.2011 г. – понятия "подозрение" на профессиональное заболевание, тоже без какого-либо объяснения его сущности и отличия от "предварительного диагноза профессионального заболевания", прояснению ситуации, естественно, не способствовало, отдавая её оценку на откуп каждой врачебной комиссии (ВК), проводящей ПМО.

Однако для кодировки и статистического учёта этих состояний уже давно могла использоваться рубрика Z57 (Профессиональная подверженность факторам риска) класса XXI (Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и об-

ращения в учреждение здравоохранения) МКБ-10, которая приказом Минздрава Российской Федерации № 170 от 25.05.1997 г. введена в действие на территории РФ с 01.01.1999 г.

В этой рубрике существуют подрубрики для обозначения негативных последствий воздействия шума (Z57.0), промышленных аэрозолей (Z57.2), вибрации (Z57.7), химических (Z57.4-5), температурных (Z57.6) и радиационных факторов (Z57.1). Остальным производственным факторам, которым не нашлось "персонифицированного" места, – а это в основном факторы тяжести и напряжённости трудового процесса – придётся довольствоваться подрубрикой Z57.8 – " ... остальные уточненные факторы риска".

На этом уровне нарушения здоровья ещё невозможно определить не только с будущей его нозологией, но и с его этиологией. Тем не менее, контингенты с отдельными признаками неблагоприятного воздействия того или иного вредного фактора должны теперь относиться уже к группе повышенного риска по развитию патологии, вызываемой скомпроментировавшим себя видом вредности. Такие контингенты трудоспособны в своей профессии, нуждаются в проведении теперь не только профилактических, но и ряда лечебных мероприятий и обязаны включаться в списочный состав последующего ПМО. Постановка такого диагноза не требует подачи извещения, но может у некоторых лиц потребовать дополнительного обследования для уточнения степени и природы нарушения здоровья. Это обследование у части из них может закончиться постановкой предварительного диагноза профессионального заболевания.

Несмотря на отсутствие официального утверждения кода ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья, кодировка этих состояний по кодам рубрики Z57 МКБ-10 начала проникать в профпатологическую литературу последних лет, не дожидаясь санитарно-гигиенических санкций [6].

Такая же терминологическая путаница понятий существует и для обозначения нарушения популяционного здоровья.

Казалось бы, что понятие "риск" четко определено в профпатологических руководствах и в научных публикациях как потенциальная вероятность заболеть от воздействия в первую очередь вредных условий труда, возрастающая от влияния других факторов, как, например, нездорового образа жизни, перенесенных заболеваний и прочее [27]. Но только вероятность заболеть. Поэтому "группа риска" должна охватывать контингенты работающих во вредных условиях труда и считающихся ещё здоровыми до проведения ПМО, но нуждающихся в проведении профилактических (но не оздоровительных по отношению к ним!) мероприятий. Эта "группа риска" и составляет основной контингент, подлежащий прохождению ПМО.

Естественно, что унифицированных критериев формирования группы риска нет и, вероятно, не может быть, исходя из крайне разнообразных условий труда, различной стажированности работников и других привходящих моментов. В литературе к группе риска рекомендуется относить лиц с большим стажем работы во вредных условиях труда; чаще всего при его продолжительности в 10 лет и более. По Э.И. Денисову, к группе риска должны относиться работники со стажем работы по профессии, превышающем половину среднего стажа развития

профессионального заболевания в данной профессии [5]. Так что группа риска определяется продолжительностью стажа, дозой полученной вредности, величиной её экспозиции при отсутствии признаков нарушения здоровья.

На деле же "группа риска" постоянно смешивается с "группой повышенного риска", то есть с контингентами, у которых по результатам ПМО или иными путями уже выявлены те или иные нарушения здоровья. Определение понятия "группа повышенного риска" дано в публикации А.М. Монаенковой и соавт.: "Выявление при осмотре отдельных клинических и функциональных признаков воздействия неблагоприятного производственного фактора даёт основание отнести рабочего к группе повышенного риска по развитию данного вида профессиональной патологии." [11].

Однако в другой публикации те же самые авторы к группе повышенного риска относят уже... длительно работающих в неблагоприятных условиях труда [14]. При таком плюрализме в научных публикациях относительно понятий "группы риска" и "группы повышенного риска" что же требовать какой-то определенности понятий в нормативных документах. Приказ № 83 от 16 августа 2004 года в пункте 3.1, приложения № 3, а теперь и приказ № 302н от 12 апреля 2011 года в таком же пункте такого же приложения целью ПМО обозначают, кроме упоминавшихся уже выявлений начальных форм профессиональных заболеваний и ранних признаков воздействия вредных производственных факторов, ещё и "... формирование групп риска". Поскольку формирование групп риска никогда не было функциональной обязанностью врачебных комиссий, проводящих ПМО, а является прерогативой работодателя, можно только предполагать, что в приказах имелось в виду формирование групп повышенного риска. Но приказ есть приказ...

В унисон с этими приказами во всех докладах и публикациях всероссийских конгрессов "Профессия и здоровье", да и научных публикациях, понятие "группа риска" и "группа повышенного риска" четко не разделяются, упоминаются то как синонимы, то отдельно [1, 16, 36]. Путаница возникает в связи использованием понятие "риск" ещё и в гигиеническом смысле слова, как какого-то вида профессиональной вредности, а "группа риска" – как понятия с врачебным, медицинским содержанием, означающим рискующий контингент, ещё не имеющий отклонений в состоянии здоровья. Однако эти вещи, понятные для пишущих, остаются непонятными для первичного звена профпатологии, вынужденного строго следовать предписаниям приказов и методических рекомендаций.

Прогресс в кардиологии и пульмонологии после внедрения в них понятий артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) очевиден. Можно, конечно, дискутировать об удачности и адекватности новой терминологии. Однако нельзя отрицать колоссальной роли именно чёткости и конкретности созданного понятийного аппарата для придания этим разделам медицины ускоренного развития. Но именно чёткости и конкретности как раз и недостаёт понятийному аппарату профпатологии.

Чёткая понятийная характеристика этапов развития нарушения здоровья, начиная с первых клинически улавливаемых преморбидных эффектов воздействия вредных производственных факторов до явных нозологических форм поз-

волила Новокузнецкому городскому ЦПП, имеющему лицензию на экспертизу связи заболевания с профессией, с 2005 г. принципиально изменить формат своей работы. Кардинальную часть её стала составлять консультация работников, направляемых ВК города, проводящих периодические осмотры, с диагнозом "отдельные признаки воздействия того или иного вредного фактора производства". Это направление не требует от первичного звена профпатологии ни подачи извещения, ни запроса СГХ, но должно сопровождаться представлением всей медицинской документации (а не выписок из неё!). Врачи ЦПП, работая в консультативном режиме, тоже как врачи ВК (поскольку не располагают СГХ), определяют тактику дальнейшего профпатологического обеспечения работника. Работник либо остается на стадии "отдельные признаки воздействия ..." и подлежит дальнейшему динамическому наблюдению в ЦПП; либо ЦПП принимает решение о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание с рекомендацией первичному звену подготовить необходимый пакет документов для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. На этапе консультации врачи ЦПП могут высказать предположение об отсутствии у работника оснований к подозрению на профессиональное заболевание, но только в том случае, если аргументация этой ситуации совершенно не нуждается в информации об условиях труда работника.

Новый режим работы позволил приблизить высокий профессиональный потенциал врачей ЦПП к работающим, активно влиять ЦПП на формирование контингентов с предварительным диагнозом профессионального заболевания, оживить связи между ЦПП и первичным звеном профпатологии города. За эти годы работы не было случаев первичной диагностики профессионального заболевания на стадии инвалидизации, и значительно сократился процент расхождений между предварительным и заключительным диагнозами профессионального заболевания.

ГЛАВА 2.

МЕТОДОЛОГИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ

Профессиональная зрелость по профпатологии предполагает возможность проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Несмотря на то, что экспертиза связи заболевания с профессией юридически разрешена только относительно немногочисленному количеству лицензированных учреждений, приёмами этой экспертизы должны владеть все врачи первичного звена профслужбы и врачи, участвующие в ПМО. Только безупречное знание клинической картины профессиональных заболеваний, высокий профессионализм позволят при проведении медицинского осмотра в условиях лимита времени, неполноты медицинской документации, ориентировочности информации о вредных условиях труда и довольно частого негативного или безразличного, а то и установочного отношения работника к обследованию аргументированно заподозрить у него начальные признаки нарушения здоровья, правильно оценить медицинскую ситуацию и определиться в отношении дальнейшей профпатологической тактики.

К тому же, первичное звено профслужбы имеет возможность провести необходимые обследования, уточниться по аттестации рабочего места, представляемой работодателем работнику, о вредных условиях труда, чтобы с большей уверенностью высказаться либо в пользу подозрения о наличии у работника профессионального заболевания, либо в пользу отсутствия оснований к такому подозрению, либо оценить обстановку как "отдельные признаки воздействия какого-то вредного фактора...". Ведь различие между предварительным и заключительным диагнозами профессионального заболевания, коль скоро речь идет уже о заболевании, не должно касаться врачебной стороны дела.

Но, тем не менее, по сообщениям на ежегодных всероссийских конгрессах "Профессия и здоровье" представителей из различных регионов РФ, выявляемость структурами первичного звена профзаболеваний на предприятиях высокого риска во много раз ниже экспертных расчётов её вероятности. Практика показывает, что вопросы о медицинском содержании понятий "подозрение на профессиональное заболевание", "предварительный диагноз профессионального заболевания", "заключительный диагноз профессионального заболевания", о критериях их отличия или сходства нередко, если почти не всегда, ставят врачей первичного звена в тупик.

Несовершенство нормативно-законодательной базы профпатологии, негативное отношение руководителей медицинских учреждений к необходимости направления контингента врачебных комиссий на повышение квалификации по профпатологии, недостаток врачебных кадров на местах, мешающий нормальной продолжительности этого обучения, позволяют заподозрить существование действительно более высокого уровня профессиональной заболеваемости, чем озвученного официальными отчётными и аналитическими документами.

Может показаться, что упреки в недостаточной разработке методологических аспектов диагностики в профпатологии не обоснованы, поскольку в ней в

течение уже многих лет активно изучаются профессиональные риски для здоровья работников. Это изучение базируется на эпидемиологических подходах, считающихся одним из признаков доказательной медицины. Действительно, уже определены количественные критерии дифференциальной диагностики профессиональных, профессионально обусловленных и экологозависимых заболеваний, определены количественные риски профзаболеваний от воздействия различных вредных условий труда: физических и химических факторов, неблагоприятных факторов трудового процесса.

Однако все эти риски относятся к популяциям, и их значения не могут быть использованы врачами-лечебниками при оценке нарушения здоровья у конкретного индивидуума, сформулированной в виде диагноза. Какой бы высокой или низкой ни была вероятность развития того или иного профессионального заболевания в профессиональной группе, к которой относится работник, степень этой вероятности не может быть диагностическим критерием у конкретного пациента при оценке у него индивидуального здоровья.

Нижеизлагаемые аспекты оценки профпатологической ситуации относятся к хронической профессиональной патологии, с которой преимущественно и имеют дело врачи врачебных комиссий, проводящих ПМО, и врачи ЦПП. По негласной договоренности при освещении такой ситуации прилагательное "хроническое" опускается. Когда же речь идёт о случаях, относящихся к острым профессиональным заболеваниям, употребление прилагательного "острые" является обязательным. Поскольку знание острых профессиональных заболеваний является обязанностью врачей общелечебной сети, диагностика этой патологии разрешена любому её звену. Тем не менее, знание методических и методологических аспектов диагностики хронических профессиональных заболеваний может оказаться полезным и для диагностики острых профессиональных заболеваний.

Оценка клинической ситуации в пользу профессионального её генеза требует одновременного сочетания как минимум трёх условий: факта воздействия на работника вредных условий труда, наличия отклонения в состоянии здоровья и нозологического соответствия этого нарушения здоровья перечню профессиональных заболеваний согласно приказу № 417н от 24.04.2012 г. Отсутствие одного из этих условий исключает возможность диагностики подозрения на профессиональное заболевание или постановку заключительного диагноза профессионального заболевания. О том, насколько принцип диагностики профессионального заболевания по их перечню (списку) является методологически верным, будет сказано далее.

Для каждого уровня организации профслужбы каждое из перечисленных условий может иметь разную полноту своей представленности.

Структуры первичного звена профпатологии, то есть имеющие лицензию на проведение предварительного и ПМО, а также имеющие право устанавливать предварительный диагноз профессионального заболевания и подавать на него извещение, получают информацию о вредных условиях осматриваемых контингентов или у индивидуального работника из разных источников. Во-первых, сам факт включения работника в списочный состав подлежащих профосмотру указывает на нахождение его в группе риска, хотя часть работников подлежит профосмотру согласно приложению 2 приказа № 302н от 12.04.2011 г. по перечню

работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры безотносительно к классу вредности в этих работах. Во-вторых, в паспорте здоровья работника указаны профессия, текстовое описание вида (ов) вредности(ей) и их код(ы), указанные в §1 приложения 1 приказа № 302н от 12.04.2011 г. Кроме того, эта же информация дублируется в направлении работника на медицинский осмотр, а по усмотрению врачебных комиссий, проводящих ПМО, может копироваться в медицинскую карту амбулаторного больного, которая заводится на работника для записи данных ПМО. В случае необходимости уточнения медицинской ситуации и дифференциальной диагностики между отдельными признаками воздействия вредного фактора или предварительным диагнозом профессионального заболевания первичное звено может получить аттестацию рабочего места от работника, предоставляемого работодателем по его требованию. Однако информация из упомянутых источников даёт лишь предположительное представление о виде воздействующего фактора производства, его классе вредности и сроках воздействия, и его продолжительности.

Полное представление о виде вредности и её классе по всему профмаршруту первичное звено может получить из СГХ, но только в случае постановки предварительного диагноза профессионального заболевания с подачей об этом извещения.

Может оказаться, что СГХ не подтвердит предполагавшегося воздействия вредного фактора по всему профмаршруту или ко времени дебюта профессионального заболевания. Тогда подозрение на профессиональный генез заболевания окажется неаргументированным. Тем не менее, поскольку извещение о предварительном диагнозе было уже подано и была получена СГХ, первичное звено всё равно обязано направить работника в ЦПП на экспертизу связи ошибочно заподозренного заболевания с профессией.

Центры профпатологии, располагающие СГХ до принятия окончательного решения, застрахованы от подобного рода ошибок, если, конечно, СГХ будет содержать достоверную информацию. По данным профпатологической литературы и в Руководстве 2.2.2006-05, допускается 5% возможность развития профессионального заболевания при допустимом классе условий труда (класс 2) [30]. С такой ситуацией мы сталкивались несколько раз в случаях изолированного развития ДОА локтевых суставов с нарушением функции от 0-I ст. до II ст. Постановка в таких случаях заключительного диагноза профессионального заболевания определяется не только абсолютной уверенностью в своей правоте, но и решительностью отстаивать свою точку зрения в суде, поскольку в случае решения суда о необходимости дополнительной экспертизы другой Центр профпатологии, выбранный судом в качестве нового эксперта, может встать на сторону истца, то есть работодателя и(или) Роспотребнадзора.

Клинический дебют профессиональной патологии в виде или отдельных признаков воздействия вредного фактора, или начальных проявлений заболевания должен приходиться на период контакта работника с вредными условиями труда. Это правило имеет исключения только для пневмокониоза, марганцевой энцефалопатии и онкологической патологии, когда начальные проявления этих заболеваний могут манифестироваться после прекращения контакта с пылью,

марганцем или онкогенами, что должно иметь, естественно, санитарно-гигиеническое подтверждение.

Вполне понятно, что дебют патологии, предполагаемой как профессиональная, до начала работы во вредных условиях труда, свидетельствует о неаргументированности такого подозрения. Умение собирать анамнез, проводить анализ имеющейся документации и правильно выстраивать линию истории заболевания требует не профпатологических знаний, а общемедицинской грамотности.

Особенностью дебюта профессиональных заболеваний является его доброкачественность. Анамнестическое начало практически всех профессиональных заболеваний намного опережает время первого обращения за медицинской помощью. Хронический пылевой бронхит, пневмокониоз клинически начинаются исподволь, как первично-хронические состояния, при которых работник не может указать конкретные сроки начала заболевания. Профессиональная бронхиальная астма начинается с гиперреактивности бронхов с последующим присоединением симптомов экспозиции ("симптома понедельника") и элиминации ("симптом выходного дня"). Ортопедическая и неврологическая профессиональная патологии даже при первом обращении требует непродолжительного амбулаторного лечения, порой даже без больничного листа. Выраженные же уже при первом обращении степени активности процесса или функциональной недостаточности не характерны для профессиональной патологии, если, конечно, не имеет место просмотренная и запущенная профессиональная патология. Не является редкостью, к примеру, первичная обращаемость с нарушением функции локтевых суставов II ст., хотя в записи ПМО годовой давности указано на отсутствие жалоб и ортопедической патологии. Но в связи с регулярностью проводимых ПМО и повышением их качества такие случаи стали встречаться реже.

Продолжительность работы во вредных условиях труда до появления первых признаков воздействия вредных фактов или признаков (симптомов, синдромов) заболевания определяется, естественно, не анамнестически, а по датам записей в амбулаторной карте об обращаемости или по выпискам из истории болезни. Дебюту профессиональной патологии должен предшествовать не менее чем 3-5-летний срок работы, особенно когда речь идет о воздействии физических факторов или тяжести трудового процесса. Достаточность продолжительности вредного стажа для аргументации профессионального генеза нарушения здоровья определяется сугубо индивидуально, с учётом класса вредности, степени превышения ею ПДК (ПДУ), характера заболевания. Условия труда, соответствующие по прежней классификации классу 3.1 степени, вызывают профессиональные заболевания обычно на втором десятке лет своего воздействия. Однако заболевания от воздействия аллергенов или биологических факторов, для которых принцип пороговости не является обязательным, могут развиваться через относительно короткий промежуток времени от начала их воздействия, необходимый для развития сенсибилизации организма или прохождения инкубационного периода.

Конечно, как для аргументации профессионального генеза заболевания, так и для исключения подозрения на профессиональный генез заболевания сроки дебюта заболевания должны быть документально верифицированы; анамнестические данные, которые не подтверждены предшествующей обращаемостью, должны быть прописаны в медицинской карте амбулаторного больного не только об-

щелечной сети, но и обязательно фиксироваться в медицинской документации профпатологических структур, проводящих ПМО, экспертизы профпригодности или связи заболевания с профессией.

При определении продолжительности заболевания и предположительного срока его начала необходимо ориентироваться не только на данные анамнеза и дату первого обращения, зафиксированную в медицинской карте амбулаторного больного. Атрофическая бронхопатия, дискинезия трахеобронхиального дерева, реактивные изменения позвоночно-двигательного сегмента (ПДС; субхондральный склероз, снижение высоты межпозвонковых дисков, костные разрастания и прочее) и ряд других характеристик при инструментальном обследовании пациента свидетельствуют о продолжительности клинически бессимптомного периода заболевания.

Последующее за дебютом течение патологии в случае её профессионального генеза должно иметь хроническое рецидивирующее и обязательно прогрессирующее (прогредиентное) течение, выражающееся для каждой профессиональной нозологии по-своему. Обострения рефлекторных синдромов учащаются, продолжительность лечения – затягивается; увеличивается набор их клинических проявлений и степень выраженности; в последующем присоединяются компрессионные синдромы. Функциональные характеристики, исходно находившиеся в норме, начинают ухудшаться, будь то показатели функции внешнего дыхания, степени сенсорноневральной тугоухости, объёмы движения в суставах, скорости распространения возбуждения по нервам и прочие параметры, доступные количественному измерению.

Оценка характера течения заболевания обязательно должна проводиться с учётом условий труда. Всё вышесказанное о прогредиентном (прогрессирующем) характере течения будет свидетельством в пользу профессионального генеза клинической ситуации лишь в случае продолжения работы во вредных условиях труда.

Напротив, значительные "светлые" промежутки между обращаемостью, исчезающие порой годами, несмотря на продолжение работы в тех же условиях, в которых дебютировало заболевание, отсутствие функциональных нарушений ко времени прекращения работы во вредных условиях труда исключают подозрение на профессиональный генез нарушения здоровья по той простой логике, что причина, которая не действует, не является причиной. Спорадические ухудшения состояния здоровья в таких случаях на фоне постоянно действующих вредных условий труда указывают на вмешательство каких-то иных причин.

Известные трудности в отношении оценки генеза нарушения здоровья – профессиональной или общесоматической – возникают в том случае, когда отдельные признаки воздействия вредного фактора или начальные проявления заболевания приходится на период работы во вредных условиях труда, а прогрессия (прогредиентность) заболевания с клинической и инструментальной его манифестной симптоматикой начинается после прекращения работы в этих условиях.

Условием, определяющим этиологический характер оценки ухудшения заболевания, является профпатологическая трактовка состояния здоровья ко времени окончания работы. Если у пациента ещё до окончания работы во вредных условиях труда уже проводилась экспертиза связи заболевания с профессией в

пользу профессионального заболевания, пускай даже ещё на стадии нестрахового случая, с отсутствием функциональных нарушений и отсутствием нарушений профессиональной трудоспособности, то прогрессивность течения будет трактоваться как профессиональная. Если же ко времени окончания работы во вредных условиях труда экспертиза связи заболевания с профессией не проводилась, несмотря на документированные обращения за медицинской помощью, и анализ медицинских документов показывает, что прогрессия заболевания началась действительно после разобщения с вредным фактором, то оснований признать генез такого заболевания профессиональным нет.

Однако нередко встречаются случаи направления пациента на экспертизу связи заболевания с профессией после разобщения с вредным фактором, у которых, как следует из анализа амбулаторной карты, прогрессивность заболевания имела уже при работе во вредных условиях труда. То есть речь идет о запоздалом возникновении подозрения на профессиональный генез нарушения здоровья. Значительная, исчисляющаяся десятками процентов, доля постановки заключительных диагнозов профессионального заболевания по обращаемости и у прекративших работу во вредных условиях труда вызвана несвоевременной озадачиваемостью первичного звена профпатологии над причинами нарушения здоровья вверенных ему контингентов. Поэтому можно понять работодателей, возмущающихся диссоциацией между нормальными показателями здоровья у работающих по итогам ПМО и растущими, как грибы после дождя, показателями профессиональной заболеваемости после прекращения ими работы.

Профессиональные руководства советуют при оценке природы отклонений в состоянии здоровья учитывать признаки заболевания, специфические для профессионального его генеза. Эта безусловно верная рекомендация исходит из представлений о профессиональных заболеваниях как особой группы специфических нарушений здоровья, не имеющих, якобы, клинических эквивалентов в общесоматической медицине.

Подобное представление отражает начальный период развития профпатологии, полагающий профессиональными только заболевания, возникающие от воздействия вредных профессиональных факторов, не встречающихся в быту. К таким заболеваниям, некогда называвшихся истинными профессиональными заболеваниями (Н.А. Вигдорчик, 1929), когда-то относились, к примеру, кессонная болезнь, вибрационная болезнь, нистагм угле- и рудокопов, перламутровая болезнь, певчие узелки, поражения тканей от рентгеновских и радиевых лучей (как тогда писали).

Однако со временем оказалось необходимым причислять к профессиональным также и те нарушения здоровья, которые возникают не из-за эксклюзивности вредного фактора, встречающегося только на работе и нигде более, а чисто по эпидемиологическим соображениям, указывающим на бóльшую распространенность заболевания среди работающих контингентов, подвергающихся воздействию этого фактора. Туберкулёз лёгких у персонала туберкулезных больниц встречается чаще, чем среди персонала, не имеющего контакта с больными туберкулёзом. В самой же клинической картине туберкулёза лёгких профессионального генеза нет ничего специфически-профессионального.

С другой стороны, многие вредные факторы производства вышли за пределы

производства и стали широко встречаться в быту: повышенное барометрическое давление – среди аквалангистов и дайверов; радиационное излучение – в зоне свалок радиоактивных отходов, доступных населению; бытовые отравления таллием и полонием – в связи с коммерческим их распространением; воздействия ракетного топлива на население – в зоне падения первых ступеней ракет и т.д. Это привело к всё бóльшей и бóльшей условности понятия профессиональных заболеваний как специфических, специфика которых объясняется самим вредным фактором как таковым. По большому счёту профессиональные заболевания не более специфичны, чем заболевания инфекционной или онкологической природы. Разве системная красная волчанка или болезнь Коновалова-Вильсона не имеют своей специфической клинической, лабораторной и инструментальной симптоматики?

На сегодня в профпатологии имеется относительно мало заболеваний, не имеющих эквивалента в клинической практике, таких, например, как вибрационная болезнь, пылевой бронхит, пневмокониоз, тринитротолуоловая катаракта. Бóльшая часть профпатологической нозологии – бронхиальная астма, цервико- и дорсопатии, аллергозы и дерматозы, патология периферической нервной системы и костно-мышечного аппарата, сенсорноневральная тугоухость – протекает аналогично своим общесоматическим "собратьям". В такой ситуации только документированный факт работы в условиях вредности да ряд клинических нюансов позволяют положительно высказаться в пользу профессиональной природы заболевания.

Каждый врач, входящий во врачебную комиссию по проведению ПМО, имеет сертификат по своей, "узкой" специальности и поэтому обязан знать в рамках своей дисциплины общесоматическую патологию. К сожалению, первичное звено часто не занимается оценкой медицинской ситуации вообще, высказывая подозрения на профессиональный генез нарушения здоровья, сущность которого неясна не только с профессиональной, но и с общепатологической точки зрения; оно использует "подозрение" как способ уклониться от обязанности первоначальной оценки состояния здоровья в понятиях общесоматической патологии и только в случае её ясности озадачиться вопросом возможной принадлежности её к профессиональной.

Даже профессиональные заболевания с известной долей специфичности, перечисленные выше, имеют стереотипную клиническую картину, не говоря уже о патологии, эквиваленты которой имеются в общесоматической патологии.

Профессиональным заболеваниям не свойственны "маски", атипизм течения или разнообразие клинических форм. С медицинской точки зрения профессиональные заболевания имеют клинически очерченные стереотипные проявления, и поэтому не нюансы клинической картины затрудняют экспертизу связи заболевания с профессией. Напротив, необычное развитие и течение заболевания, какая-то клиническая "вычурность" симптоматики позволяет профпатологам, порой даже ещё не зная нозологической сущности заболевания, уже усомниться в профессиональном его генезе, рекомендовать квалифицированное обследование работника и только после ясности общесоматической патологии вернуться к обсуждению её принадлежности к профессиональной.

Несмотря на стереотипность профессиональных заболеваний, некоторые из

них всё же имеют специфические черты, которые помогают дифференциальной диагностике.

Специфическим для профессиональных рефлекторных и компрессионных синдромов является, как уже говорилось, прогрессивное их течение. Хроническое же рецидивирующее, но непрогрессивное течение этих синдромов позволяет предполагать роль других этиологических факторов в их возникновении.

К специфически профессиональным признакам сенсорноневральной тугоухости можно отнести её двусторонность, медленно прогрессирующее нарастание с типичной аудиометрической кривой при продолжении работы в условиях повышенной шумовой нагрузки. Напротив, нестабильность акуметрических показателей при динамическом наблюдении; быстрая прогрессия тугоухости по данным аудиометрических исследований, неадекватная уровню шумовой нагрузки, а тем более в ситуации прекращения работы; право– левосторонняя асимметрия аудиометрических кривых; хронологическая связь прогрессии нарушения слуха с гемодинамически значимыми признаками нарушения мозгового кровообращения по данным инструментальных исследований, не говоря уже о клинических проявлениях этого нарушения; неоднозначность нарушений воздушной и костных проводимостей свидетельствуют в пользу общесоматического генеза сенсорноневральной потери слуха.

У работников тяжёлого физического труда выявляется довольно частое клинически бессимптомное течение остеоартрозов локтевых суставов, тем не менее приводящее к функциональным нарушениям вплоть до II ст. при отсутствии даже лабораторных признаков синовита. Другой особенностью таких артрозов является изолированность их поражения, интактность других крупных суставов верхних и нижних конечностей. Такое течение остеоартрозов локтевых суставов не имеет прототипа ни в терапевтической, ни в ортопедической артрологии и даёт основание полагать их профессиональную природу.

Клинически бессимптомным или скудным в клиническом отношении является продолжительное течение хронического пылевого бронхита, в генезе которого играет роль не инфекция, а пыль, приводящая к развитию в бронхах атрофических и склерозирующих процессов (атрофическая бронхопатия по Г.И. Непомнящих [12]). Такой бронхит проявляется ирритативным и непродуктивным кашлем, мокротой серозного, а не гнойного характера. Такой бронхит не имеет сезонности обострений, признаков интоксикации и лабораторных проявлений воспаления. При нём отсутствует потребность в назначении антибиотиков. На примере обследования многих сотен шахтёров мы убедились в паритетном развитии при нём рестриктивных и обструктивных нарушений без развития специфического для ХОБЛ доминирования обструктивных нарушений над рестриктивными. Последнее было свойственно чаще не пылевому бронхиту, а бронхиту вирусно-бактериального происхождения.

Для профессиональных заболеваний не характерна системность поражения. Профессиональная природа артрозов ограничена только локализацией, указанной в перечне профзаболеваний, и полиостеоартроз исключает, естественно, его профессиональный генез. Многоуровневые неврологические симптомы шейного и поясничного уровней могут иметь профессиональный генез. Но вовлечение в патологию ещё и грудного отдела позвоночника, многосегментарность поражения в

каждом отделе позвоночника очень подозрительны в отношении общесоматического генеза вертеброгенной патологии.

Для оценки генеза поражения многочисленных структур опорно-двигательного аппарата очень важно топическое совпадение заболевшей структуры со структурой, подвергающейся функциональным нагрузкам. Иными словами, должно быть органное, предполагающее патобиомеханическое и патогенетическое соответствие между структурой, испытывающей функциональное перенапряжение, и структурой, в которой предполагается развитие профессионального заболевания. У работника могут быть клинически значимыми рефлекторные синдромы шейного уровня, но функционально нагружаемым является, согласно санитарно-гигиеническим данным, поясничный отдел позвоночника. Пациент может обращаться с эпикондилёзами, но характер работы не предполагает функционального перенапряжения верхних конечностей.

Установкой, "расхолаживающей" врачей в клиническом аспекте, является требование приказа № 176 от 28.05.2001 г. о предоставлении первичным звеном выписки из медицинской карты амбулаторного больного при направлении его на экспертизу связи заболевания с профессией. Понятие "выписка" в общемедицинской сети предполагает больше констатирующую, описательную, чем синтетическую, работу. Последней же больше подходит понятия "эпикриз", в котором, как в осмысленном осадке, отражается сущность ситуации.

Неудивительно поэтому, что так называемые выписки из амбулаторной карты представляют собой по большей части механическое переписывание диагнозов с листка уточнённых диагнозов, а не результат анализа медицинской ситуации в целом. Врачи же ЦПП, имея на руках такую "выписку", порой формально довольствуются её наличием, не удосуживаясь самим провести анализ истории случая и сформулировать свою версию патологии.

Камнем преткновения для постановки заключительного диагноза профессионального заболевания считается необходимость наличия временной или стойкой утраты профессиональной трудоспособности. Этот критерий профессионального заболевания был впервые включен в определение профессионального заболевания в Федеральном законе № 125 (ФЗ-125) от 24.07.1998 г.: "Профессиональное заболевание – хроническое или острое заболевание, являющееся результатом воздействия вредного производственного фактора и повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности" [35]. В последующем это определение было повторено в постановлении правительства за № 967 от 15.12.2000 г. [15], а затем широко растиражировано в многочисленных изданиях профпатологического и санитарно-гигиенического содержания.

Определение профессионального заболевания по ФЗ № 125 от 24.07.1998 г. распространяется и на деятельность первичного звена профпатологии, когда оно диагностирует профессиональное заболевание в форме его предварительного диагноза.

Поскольку в приказе № 302н от 12.04.2011 г. отсутствует определение профессионального заболевания, а последний ведомственный приказ № 90 от 14.03.1996 года, его содержащий, был отменён, то определение профзаболевания в понимании его ФЗ-125 является на сегодня единственным и обязательным к исполнению.

Потеря трудоспособности как критерий профессионального заболевания с медицинской точки зрения неверен дважды. Во-первых, нарушение здоровья как биологическое явление, хотя может вызываться социальными обстоятельствами и(или) иметь социальные последствия, должно определяться, по логике вещей, не социальными, а биологическими понятиями. Во-вторых, вся методология понимания сущности патологического процесса и его дефиниций строится в медицине по законам общей патологии, на обязательности, облигатности, первоначальности морфологических, а не функциональных, нарушений [33, 34]. Морфологическая, структурная, а не функциональная платформа, является базой МКБ-10, в которой выделение классов заболеваний построено по органно-локалистическому принципу – болезни органов кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д.

Весь опыт медицины свидетельствует о начале клинической манифестации заболевания уже при выраженных, а нередко при уже далеко зашедших и необратимых стадиях заболевания. Не составляют исключения в этом отношении и работники, не обращающиеся за медицинской помощью не только в период развития отдельных признаков воздействия вредного фактора, но и в течение многих лет существования уже начальных проявлений сформировавшегося заболевания – пылевого бронхита, НСТ, остеоартроза локтевых суставов и другой патологии. Более того, при первом обращении пациенты не имеют признаков стойкой утраты трудоспособности, мешавшей бы им работать по профессии. Отказ в проведении экспертизы связи заболевания с профессией на основании отсутствия потери профессиональной трудоспособности в таких случаях просто алогичен и приводит к явной гиподиагностике профессиональной патологии.

Выходом из этой коллизии – с одной стороны – обязательности исполнения требования ФЗ-125, а с другой – необходимости соблюдения формальной логики и мышления в понятиях высшего медицинского образования – состоит в соблюдении ни буквы, а духа, смысла определения профессионального заболевания ФЗ-125. Надо понимать, что это определение, сформулированное структурой не лечебного, а социального содержания, является дефиницией не профессионального заболевания, а страхового случая, клиническим эквивалентом которого является не всё профессиональное заболевание в целом, а лишь его далеко зашедшие стадии, которым сопутствуют осложнения в виде нарушения трудоспособности.

Поэтому диагностика профессионального заболевания на стадии отсутствия функциональных нарушений, то есть отсутствия нарушения трудоспособности, не будет противоречить определению ФЗ-125, если одновременно будет указано, что этот случай не является страховым, то есть не нуждается ни в трудоустройстве, ни в направлениях в МСЭ и ФСС, но, естественно, подлежит расследованию работодателем и Роспотребнадзором. Формулировки в выписке и в заключении ЦПП "В своей профессии годен" оказалось достаточно, чтобы не вызывать нарекания в неисполнении требований ФЗ-125 и постановления правительства № 967 от 15.12.2000 г. со стороны смежных с ЦПП и вышестоящих структур, причастных к профпатологическому обеспечению работников.

И всё же, в ряде случаев ориентировка на функциональный признак как критерий профессионального заболевания оправдана. Эти случаи лежат в области тех заболеваний, которые в общелечебной сети относятся к так называемым

"функциональным", дискуссия о правомерности которых ещё не закончена, несмотря на утверждение В.В. Серова о том, что "... функциональные болезни молекулярная биология и молекулярная патология перечёркивают окончательно" [33]. Проблема приоритетности критерия диагноза в определении сущности заболевания – морфологического или функционального – извечная и нерешённая до сих пор проблема общей патологии и клинической медицины.

Диапазон возможных соотношений между морфологией и функцией в норме и патологии представлен на рисунке 1. Для паренхиматозных органов, обеспечивающих гомеостаз (почки, легкие, печень) и характеризующихся значительной морфологической избыточностью, склонностью к самоподдержанию патологического процесса, зависимость между соотношением количества функционирующей паренхимы и функциональной способностью органа характеризуется пунктирной линией. Сдвиги в константах организма начинают возникать после потери примерно 70% массы функционирующей ткани, что хорошо известно по ситуациям развития печёночной, почечной или дыхательной недостаточностей. Стенокардия возникает при нарушениях объёмного кровотока примерно до 30-35%. Поэтому диагностика патологии паренхиматозных органов должна строиться на морфологических критериях, не дожидаясь развития функциональных нарушений, что и демонстрируют современные эндоскопические, биопсийные, серологические, гистохимические и другие методы исследования. К этим состояниям больше подходит выражение "лечить болезнь, а не больного", поскольку больного, пока не произойдёт потеря значительного количества массы органа, как такового еще нет.

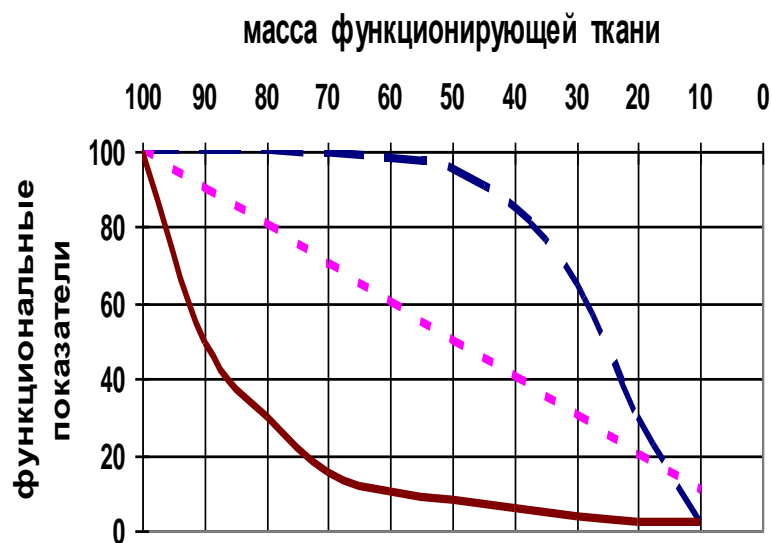


Рис.1. Варианты количественных соотношений морфологических и функциональных показателей (в %)

Однако для органов с регуляторной функцией (нервная система, эндокринная система, иммунная система) относительно небольшие структурные изменения приводят к выраженным нарушениям функциональных показателей, ими регулируемых, и эта зависимость на рисунке представлена сплошной линией. Поэтому для оценки эффектов воздействия факторов напряженности трудового процесса, предъявляющих нагрузки на органы чувств, на эмоциональную сферу, на центральную нервную систему, наиболее информативными окажутся функци-

ональные показатели. Для этих клинических ситуаций требуется другой принцип лечения – "лечить больного, а не болезнь", – оправдавший себя при лечении так называемых функциональных заболеваний.

Ситуация, изображенная на рисунке биссектрисой (точечной линией), с линейной, прямопропорциональной зависимостью между массой функционирующей ткани и функциональной способностью органа – гипотетическая, не соответствующая клиническим наблюдениям.

Профпатология имеет дело с заболеванием практически всех систем организма, она как бы впитала в себя понемногу из всех разделов внутренней медицины, почему заслуживает ещё определения "мини-медицина", или "медицина в медицине". Но именно из-за своей мультидисциплинарности единое определение профессионального заболевания, раскрывающее его сущность безотносительно к системе органа и к характеру действующего на него вредного фактора, вряд ли возможно.

Таковы, в основном, собственно клинические аспекты профпатологического подхода к трактовке сути нарушения здоровья у работников. Их, как нам представляется, относительно немного. Большая их часть находится в клинических аспектах диагностики общесоматической патологии и общей патологии в целом. Сертифицированный невролог обязан провести дифференциальную диагностику между ПЛП как формой проявления ШОХ и ПЛП как самостоятельным заболеванием плечевого сустава; сертифицированный пульмонолог должен свободно дифференцировать гиперреактивность бронхов, хронический обструктивный бронхит или гипервентиляционный синдром, а не сводить все случаи бронхолегочной патологии к ХОБЛ. Сертифицированный терапевт обязан различать нарушения вентиляционных показателей при неправильно выполненном дыхательном маневре, выраженном метаболическом синдроме со значительным абдоминальным ожирением или при неадекватно леченной гипертонической болезни с явлениями сердечной недостаточности.

Представленная методология экспертизы связи заболевания с профессией несет на себе печать принятого в России принципа диагностики профессионального заболевания согласно перечню (списку) профессиональных заболеваний, который меняется от редакции к редакции. Исчезновение ряда профессиональных заболеваний из их перечня можно объяснить исчезновением вредных факторов производства (нистагм углекопов и рудокопов, перламутровая болезнь), что не равнозначно отрицанию или признанию ошибочными предполагавшихся при них этиологически-патогенетических взаимоотношений. Однако, не кривя методологией, невозможно объяснить исчезновение из перечня ряда профзаболеваний, как например, певчие узелки, асептические некрозы полулунной или ладьевидной костей или варикозную болезнь нижних конечностей с трофическими осложнениями, когда вредные факторы, ранее причастные к их развитию, остались прежними. Отказ в признании связи заболевания с профессией из-за отсутствия медицинской документации, и по большей части – не по виде работника – трудно назвать научно аргументированной методологией. Необходимость в двойных стандартах возникает при оценке профпатологической ситуации, осложненной врожденными аномалиями развития, когда оправданность принципа невозможности их сочетания с профессиональной патологией в одних случаях сталкивает-

ся с несостоятельностью его использования, в других в связи с очевидной патогенетической ролью профессионального фактора.

На сегодня вполне очевидна полиэтиологичность любого заболевания, в том числе – и профессионального. Бытующие и в сознании, и в нормативных документах представления о решающей, исключительной роли производственных факторов в развитии профессиональных заболеваний – дань прежним, ошибочным представлениям о причинности как единственности. Практически для любого заболевания нельзя количественно выразить долю каждой "этиологической фракции" в его генезе, почему концепция кондиционализма начала XX века признавала равновеликими и равнозначными все этиологии, причастные к развитию заболевания. На позициях кондиционализма стояли в конце XIX – начале XX вв. создатели МКБ.

Профпатология осознала несостоятельность сугубо гигиенического подхода к роли факторов производства в нарушении здоровья работников в третьей четверти минувшего столетия, что привело к представлениям о так называемых профессионально (производственных) обусловленных заболеваниях, в которых патогенетическая роль различных этиологических факторов не ущемляется факторами производства. Более того, в случаях явных профессиональных заболеваний исследования конституциональной и генетической составляющих организма порой указывают на их решающую роль в развитии профессиональной патологии.

Зарубежная методология оценки профпатологической ситуации, построенная на принципах кондиционализма, не придерживается перечня профессиональных заболеваний, не делает различий между профессиональными и профессионально обусловленными заболеваниями у работников, подверженных воздействию вредных факторов производства, и может признать профессиональным любое заболевание, в том числе и существовавшее до начала работы во вредных условиях труда, но принявшего более тяжёлое течение ("агgravировавшее") под их влиянием.

Однако, иные методологические установки в медицине – это проявления иного менталитета, а это, как говорится, "уже совсем другая история".

Несмотря на известный консерватизм и ограниченность изложенной в учебном пособии методологии оценки профпатологической ситуации, она обращает внимание на существование ряда клинических упущений, мешающих адекватной её оценке, а потому может оказаться полезной.

ГЛАВА 3.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ПОСТАНОВКА ВОПРОСОВ

Ситуационные задачи приводятся с целью иллюстрации изложенных выше клинических аспектов экспертной работы профпатолога и(или) их дополнения.

Использованные примеры взяты из практики работы Новокузнецкого городского ЦПП за последние годы, почему некоторые формулировки могут терминологически не соответствовать таковым в приказах № 302н от 12.04.2011 и № 417н от 24.04.2012 гг. В задачах сохранена представленность вредных условий труда 3 класса по степеням вредности, как это имело место в то время, к которому относятся анализируемые ситуации. Однако, в изложении преследовалась цель освещения преимущественно клинических аспектов оценки профпатологической ситуации, эти терминологические различия не имеют принципиального значения.

Приводимые примеры касаются не профпатологии в целом, а реальной структуры профпатологической заболеваемости в Кемеровской области, то есть в основном патологии костно-мышечной, периферической нервной систем, пылевой патологии органов дыхания и сенсорноневральной тугоухости.

Хотя акцент в задачах сделан преимущественно на клиническом освещении профпатологических ситуаций, в них содержатся вопросы и санитарно-гигиенического, а также организационного характера.

В ситуационных задачах большая часть представлена случаями ошибочного подозрения на профессиональный генез заболевания. Такая структура изложения отражает не реальное соотношение совпадения предварительного и заключительного диагнозов, а является просто приёмом обучения, поскольку, как известно, на ошибках учатся.

Ситуационная задача начинается с изложения истории заболевания, которая, в свою очередь, начинается с изложения трудового маршрута. Эта последовательность, правильная для случаев профессионального заболевания, является неверной для случаев общесоматической патологии, для которой воздействие профессиональной вредности не является этиологически значимым. Тем не менее, чтобы не предвосхищать характера патологии способом представления материала, а также в соответствии с профпатологической традицией относить трудовую деятельность к истории заболевания, мы придерживались избранной модели изложения материала.

Структура изложения ситуационной задачи стереотипна для всех задач. Первоначально излагается история заболевания и приводятся клинические данные и результаты инструментальных методов обследования как прошлых лет, так и выполненных в ЦПП. Данные лабораторных исследований в ситуационных задачах практически не приведены в связи с отсутствием в них диагностической информативности относительно рассматриваемых патологий.

После изложения клинической ситуации представляются вопросы, содержащие вариации ответов. Каждая задача заканчивается рекомендацией сформулировать профпатологическое заключение, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

По сути дела, профпатологическое заключение и его аргументация являются

тем эпикризом, который первичному звену надо было бы представлять в Центр профпатологии вместо рекомендуемого механического переписывания фактуры из медицинской карты амбулаторного больного и результатов ПМО.

В аспекте широко обсуждаемой в профпатологии проблемы профессионально обусловленной патологии мы полагаем, что при наличии у работника общесоматической патологии вместо заключения "данных за профессиональное заболевание нет" основным диагнозом надо указывать то общесоматическое заболевание, которое имитировало профессиональное заболевание и по большей части как раз и является, в сущности, профессионально (производственно) обусловленной патологией. Регистрация этого заболевания делает более полной картину состояния здоровья работающего населения, а также демонстративно обозначает общесоматическую патологию, приводящую к ошибкам при подозрении на профессиональное заболевание.

Из параклинических методов исследования приводятся спирографические показатели, данные Rg-исследования суставов, позвоночника, органов грудной клетки; результаты МРТ и СКТ органов грудной клетки и отделов позвоночника, а также показатели вибрационной чувствительности (ВЧ), холодной пробы (ХП), реовазографии (РВГ) верхних и нижних конечностей, стимуляционной и игольчатой электронейромиографии (СЭНМГ) и (ИЭМГ). Значения наиболее часто встречаемых диагностических критериев инструментальных исследований представлены в Приложении 1.

В учебном пособии приведены некоторые из ситуационных задач, используемые при обучении на кафедре профпатологии ГБОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВа. При проведении практического занятия вопросы уже содержат ответы, только замаскированные белым цветом, а потому невидимые. Для получения ответа достаточно активировать строчки и придать им любой цвет, что приводит к появлению ответа в виде знака + или -. Такое представление материала облегчает проведение практического занятия и самостоятельного обучения курсантов, представляя возможность самостоятельно подумать, не имея подсказки, и при желании моментально получить ответ, как говорится, "не отходя от кассы". При обучении на занятиях шрифт текстов пояснения к ответам, а также содержания профпатологических заключений уменьшен до 1 или 2 пикселей, то есть предстаёт нечитабельным. После обсуждения вариаций ответов и возможного профпатологического заключения для демонстрации реального содержания заключения достаточно увеличить размер шрифта до читабельного, что также избавляет от траты времени для обращения к местам, содержащим ответы.

В книге избран другой способ ознакомления с ответами и профпатологическими заключениями, представляющий возможность самостоятельной работы.

В этой главе, содержащей материал для самостоятельной работы, каждая ситуационная задача и каждый вопрос в ней пронумерованы с использованием сквозной нумерации. Ряд ответов имеет поясняющие примечания, которые являются либо иллюстрацией к уже изложенным во введении положениям, либо ранее ещё не озвученным. Однако эти пояснения при представлении вопроса не указаны.

Как уже говорилось, каждая ситуационная задача заканчивается последним вопросом, представляющим собой предложение сформулировать профпатологи-

ческое заключение, его аргументацию, диагноз, трудовые и другие актуальные рекомендации. Текст, естественно, также отсутствует.

В главе 4 в той же последовательности и под теми же номерами, что и в главе 3, даны ответы на поставленные вопросы. Сама задача не повторяется, но повторно приводятся вопросы с указанием правильных и ошибочных ответов, а также тексты пояснения к ответам и тексты заключений ВК по профпатологии, их аргументации, формулировки диагнозов и рекомендаций.

Несмотря на необходимость повторения вопросов, мы считали, что совместное расположение вопроса и ответа, отвечающее принципу "здесь и сейчас", привлекательнее, чем территориально разобщённое их представление, при котором необходимость поиска удалённого ответа притупляет интерес к нему.

Задача № 01.

А-на Н.А., 1960 г.р., (45 л.), обследовалась в ЦПП 08.11 – 18.11.2005 г. История заболевания: согласно копии трудовой книжки пациентка в 1977 – 2004 гг. работала машинистом крана металлургического комбината, подвергаясь воздействию вредных факторов производства, превышающих предположительно санитарно-гигиенические нормативы.

В 1994 г. впервые появились приступы удушья, кашель, одышка, из-за которых в том же году лечилась в пульмонологическом отделении. Диагностировалась бронхиальная астма (БА). Наследственность по БА не отягощена. По выписке в лечении использовались ингаляционные кортикостероиды (ИГКС), дексаметазон.

После выписки продолжала работать в прежних условиях. Приступы удушья повторялись, терапия ИГКС проводилась лишь в период обострений, из-за которых почти ежегодно госпитализировалась. С 2001 г. приступы стали беспокоить и в ночное время. С 2002 г. при обострениях стали назначаться системные глюкокортикостероиды в пересчете на преднизолон до 25 мг с постепенным снижением дозы до полной отмены. Ежедневные приступы ощущения недостатка воздуха купировала частыми ингаляциями кортикостероидов и коротко действующими β_2 -агонистами. В 2004 г. из-за учащения приступов удушья, одышки при физических напряжениях была вынуждена прекратить работу.

С прекращением работы отмечилось клинически улучшение состояния: уменьшение количества приступов удушья в дневное и ночное время, уменьшение суточной потребности в β_2 -агонистах и снижение дозы ИГКС.

В 2005 г. у врачей общелечебной сети возникло подозрение на профессиональный генез БА. Аллергологом проведены скарификационные пробы к бытовым аллергенам, при которых получены отрицательные результаты. Проведена аппликационная проба с солями хрома, которая оказалась положительной. После этого был выставлен предварительный диагноз профессиональной бронхиальной астмы, была запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой запыленность рабочей зоны составляла: металлической пылью 10,8-13,9 мг/м³ (ПДК – 4 мг/м³; класс труда 3.2 ст.); оксидом марганца – 0,04 мг/м³ (ПДК – 0,5 мг/м³; класс труда 2); хромовым ангидридом – 0,036-0,045 мг/м³ (ПДК – 0,01 мг/м³; класс труда 3.2 ст.); окисью углерода – 7,3 мг/м³ (ПДК – 20

мг/м³; класс труда 2); охлаждающий микроклимат – класс 3.2; функциональные нагрузки – класс 3.2 ст.

Направлена в ЦПП впервые. Объективно: физикальные признаки эмфиземы лёгких; при максимальном выдохе – непостоянные единичные свистящие хрипы.

Rg-грамма органов грудной клетки: выраженная эмфизема. Очаговых, инфильтративных теней не выявлено. Лёгочный рисунок изменен по мелкосетчатому типу больше в нижних отделах. Корни фиброзно изменены. Стенки бронхов склерозированы. Сердце – без особенностей. Заключение: признаки пневмосклероза, эмфизема лёгких.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 79,3 (80,6)%, ФЖЕЛ – 76,5 (75,9)%, ОФВ₁ – 66,5 (60,4)%, МОС₂₅ – 50,5 (42)%, МОС₅₀ – 36,7 (30,4)%, МОС₇₅ – 42,7 (33,5)%. Заключение: нарушение вентилиции по смешанному типу с преобладанием обструкции значительной степени выраженности. Проба с бронхолитиками – отрицательная. Лабораторно: антител к антигену описторхий не выявлено; Hb – 134 г/л; Эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л; Л. $5,4 \times 10^9$ /л; эозинофилов – 1%; мокрота: – слизистая, ВК – отриц.; лейкоцитов – 10 в поле зрения, альвеолярные макрофаги – единичные в поле зрения., эритроцитов нет.

? № 01,01. Пациентка поступила в ЦПП:

А: на консультацию;

В: для экспертизы профпригодности;

С: для экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 01,02. Аллергизирующим фактором рабочего места является:

А: металлическая пыль;

В: оксид марганца;

С: хромовый ангидрид;

Д: окись углерода;

Е: только совокупность перечисленных факторов.

? № 01,03. В характеристике течения заболевания отражен:

А: факт элиминации;

В: факт экспозиции;

С: факт кортикостероидной зависимости.

? № 01,04. Генез бронхиальной астмы:

А: профессиональный;

В: общий;

С: неопределенный; имеется необходимость в динамическом наблюдении в ЦПП.

? № 01,05. У пациентки трудоспособность:

А: общая и профессиональная сохранены;

В: общая и профессиональная нарушены;

С: общая сохранена, но профессиональная нарушена;

Д: общая нарушена, но профессиональная сохранена.

? № 01,06. В динамическом наблюдении в ЦПП пациентка:

А: не нуждается;

В: нуждается.

? № 01,07. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 02.

Ч-ва Т.М., 1956 г.р. (52 г.), находилась в ЦПП 30.032 – 0.04.2009 г. История заболевания: согласно копии трудовой книжки пациентка работала на химическом предприятии «Органика» в 1978 – 2003 гг. в разных профессиях (лаборант, мастер, аппаратчик цеха), подвергаясь воздействию различных химических соединений (аспирин; анестезин; новокаин; пары изопропилового спирта, уксусной и соляной кислот, аммиака). С 2003 г. работает подсобной рабочей вне непосредственного контакта с химическими веществами.

В медицинской карте амбулаторного больного (ведётся с 1977 г.), начиная с 1977 г., зарегистрированы многочисленные и почти ежегодно обостряющиеся вирусно-бактериальные инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, протекавшие с субфебрилитетом, ускорением СОЭ, гнойным характером мокроты, требовавшими назначения антибактериальной терапии.

В 1980 г. при лечении катаральной ангины впервые зафиксирована аллергическая реакция на доксациклин в виде кожного зуда, сыпи.

В 2008 г. обследована в пульмонологическом отделении; тогда впервые диагностирована бронхиальная астма. Направлена на консультацию к районному профпатологу, заподозрившему профессиональный генез БА. После получения СГХ направлена в ЦПП. В СГХ некоторые из перечисленных выше химических веществ на рабочем месте больной обозначены буквой "А" без указания их количественного содержания.

При поступлении в ЦПП: по данным физикального обследования – без дополнительной информации.

Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности без очаговых и инфильтративных затемнений. Корни структурные. Лёгочный рисунок нерезко деформирован по ячеистому и тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах. Утолщение стенок бронхов. Синусы свободны. Слева – частичная релаксация купола диафрагмы.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 36 (62)%, ФЖЕЛ – 30 (61)%, ОФВ₁ – 27 (59)%, МОС₂₅ – 24 (41)%, МОС₅₀ – 18 (59)%, МОС₇₅ – 22 (67)% Заключение: резкое снижение вентиляционной способности лёгких по смешанному типу.

Консультация аллерголога: при проведении аллергологической пробы выявлена реакция на аллергены пера.

Лабораторно: в крови эритроцитов – $4,34 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 134 г/л, L – $4,9 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч, формула белой крови не изменена; мокрота слизистая, серая, лейкоциты – в умеренном количестве.

? № 02,01. Отсутствие количественной характеристики химических веществ дефектом СГХ по оценке условий труда:

А: не является;

В: является.

? № 02,02. Лекарственная аллергия свидетельствует в пользу БА генеза:

А: профессионального;

В: непрофессионального;

С: факт лекарственной аллергизации не имеет дифференциально-диагностической информации.

? № 02,03. Диагноз при направлении в ЦПП должен быть оформлен в виде:

А: группа риска по развитию БА;

В: группа повышенного риска по развитию БА;

С: предварительный диагноз – профессиональная БА;

Д: подозрение на профессиональную БА.

? № 02,04. Динамическое наблюдение пациентки в ЦПП:

А: показано;

В: не показано.

? № 02,05. У пациентки:

А: сохранены профессиональная и общая трудоспособности;

В: потеряна профессиональная, но сохранена общая трудоспособность;

С: сохранена общая, но потеряна профессиональная трудоспособность;

Д: потеряны профессиональная и общая трудоспособность.

? № 02,06. Генез БА:

А: профессиональный;

В: общий;

С: необходимо динамическое наблюдение.

? № 02,07. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 03.

К-ва С.П., 1974 г.р. (36 лет), обследована в ЦПП 14.04 – 30.05.2010 г. История заболевания: пациентка в 1991 – 2002 гг. работала в больницах уборщицей, санитаркой, сестрой-хозяйкой в травматологическом и терапевтическом отделениях. С 2002 г. она стала работать на предприятии "Сантехлит" эмалировщицей, контактируя с химическими веществами, предположительно превышающими санитарно-гигиенические нормативы. С февраля 2007 г. она не работает в связи с началом 3-летнего отпуска по уходу за ребенком.

С весны 2006 г. у обследуемой появился вазомоторный ринит, а мае 2006 г. впервые возник затяжной приступ удушья, который был расценен как проявление

бронхиальной астмы, потребовавшей стационарного лечения. С тех пор остались, несмотря на лечение, приступы удушья по ночам, затруднение дыхания при вдыхании домашней пыли, цветочной пыльцы, пребывании на холоде, периодически кашель с отделением скудной мокроты. Несмотря на прекращение работы в 2007 году, характер течения заболевания не изменился. Базовая терапия БА не проводилась. В 2010 г. пациентка лечилась по поводу БА в стационаре повторно.

Первичным звеном профпатологии заподозрен профессиональный генез БА. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, в которой указано, что на рабочем месте обследуемая подвергалась воздействию формальдегида, гидроксибензола, бензола, диметбензола, этилбензола, пропан-2-ацетона, обладающих аллергическим действием и находящихся в концентрациях, не превышающих ПДК. Перечисленные вещества как аллергены в СГХ не обозначены.

В период подготовки документов для направления в ЦПП была консультирована аллергологом, который на основании клиники и положительных кожных проб на антигены полыни, тимофеевки, березы, домашнего клеща, библиотечной пыли и пера подушки сделал заключение: "Бронхиальная астма, атопическая, интермиттирующая, неконтролируемая. Атопический ринит, круглогодичная форма. Сенсibilизация к бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам".

При поступлении в ЦПП: жалобы на приступы затруднённого дыхания, заставляющие прибегать к использованию ингаляций бронхолитиков (вентолином) по несколько раз в сутки. Объективно – состояние удовлетворительное; в лёгких выслушиваются по всем лёгочным полям свистящие разного тембра хрипы.

По Rg-грамме органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных затемнений; лёгочной рисунок деформирован по ячеисто-тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах; корни структурные; синусы свободные.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 87 (95)%; ФЖЕЛ – 94 (105)%; ОФВ₁ – 102 (107)%; МОС₂₅ – 80 (93)%; МОС₅₀ – 91 (110)%; МОС₇₅ – 137 (140)%; индекс Тифно – >100,0%.

? № 03,01. Поскольку после получения СГХ рабочего места и консультации аллерголога общесоматический, а не профессиональный, генез БА был очевиден, первичное звено профпатологии направление пациентки в ЦПП:

А: могло приостановить;

В: не могло приостановить.

? № 03,02. Как должно быть сформулировано диагностическое заключение ВК о состоянии здоровья пациентки, проводящей ПМО, чтобы при этом не возникла необходимость ни подачи извещения о предварительном диагнозе профессионального заболевания, ни написания СГХ рабочего места:

А: группа риска по развитию профессиональной БА;

В: группа повышенного риска по развитию профессиональной БА;

С: отдельные признаки воздействия химических факторов производства на респираторную систему (в виде приступов бронхоспазмов);

Д: бронхиальная астма общесоматического генеза. Оснований к подозрению на профессиональный генез БА нет;

Е: подозрение на профессиональную БА.

? № 03,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 04.

Ш-ер Н.А., 1973 г.р. (40 л.), обследована в ЦПП 12.11 – 24.11.2012 г. История болезни: по копии трудовой книжки пациента в 1990 – 1995 гг. работала воспитателем в детском саду, а с 1995 г. по настоящее время работает на химическом предприятии "Органика": первый году – уборщицей помещений, а далее – лаборантом-микробиологом, гранулировщиком таблеточной массы. В последних профессиях контактировала с веществами предположительно аллергического и токсического характера.

По медицинской карте амбулаторного больного: с 2006 г. – диффузный зоб II степени, наблюдается у эндокринолога; последние 2-3 г. – ШОХ и ПОХ, получает лечение у невролога. Аллергический анамнез не отягощён.

С осени 2008 г. – появление сыпи на коже рук при работе, вначале при контакте с эуфиллином, а после – и с другими препаратами. Высыпания и покраснения кожи стали распространяться на предплечья и появляться на голенях. Вне работы отметила исчезновение сыпи. При применении димебона отмечался положительный эффект. Первые полгода за медицинской помощью не обращалась. С весны 2009 г. – появление на работе сухого кашля, чихания; порой – ощущение хрипов в грудной клетке при дыхании; указывала на чёткий феномен экспозиции и элиминации. При обращении назначались таблетированные бронхолитики, отхаркивающие препараты, грудные сборы, не оказывавшие положительного эффекта.

При ПМО осенью 2009 г. предъявляла вышеперечисленные жалобы, оставшиеся без внимания. С начала 2010 г. появились приступы удушья, причём не только на работе. Приступы стали возникать и в ночное время; самостоятельно начала пользоваться ингаляционными бронхолитиками. Обратилась в поликлинику и направлена на консультацию к пульмонологу и аллергологу. Пульмонологом диагностирована БА, неконтролируемая, смешанная форма, персистирующее течение. Аллерголог также диагностировал БА и констатировал появление приступов удушья с конца 2009 г.

Первичным звеном высказано подозрение на профессиональный генез БА, запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места (декабрь 2010 год), согласно которой пациентка на предприятии "Органика" при работе подсобной рабочей (октябрь 1995 – апрель 1996 гг.) контактировала с химическими веществами (водорода хлорид, формальдегид, аммиак, ангидрид уксусный), не превышающими ПДК и не относящихся к аллергенам; при работе лаборантом-микробиологом в отделе технического контроля и отделе контроля качества (апрель 1996 – август 2004 гг.) контактировала с оксациллином и левомицетином, обладающими аллергическим действием; при работе гранулировщиком (август 2004 г. – настоящее время) контактировала с эуфиллином, обладающим аллергическим действием, а также с мезапапом, нозепапом и аминалоном, с содержанием каждого из них в воздухе рабочей зоны превышающих ПДК (класс 3.1 ст.). Сверх того, в ноябре 2008 – августе 2009 гг. по производственной необходимости

и с личного согласия работницы она работала машинистом по стирке и ремонту спецодежды грузчиков склада готовой продукции. Во время этих операций подвергалась воздействию паров химических веществ от производства лекарственных препаратов, характер которых и их концентрации на этом рабочем месте не определялись.

С января 2011 г. пациентка контакта с производственными химическими веществами не имеет в связи с декретным отпуском и отпуском по уходу за ребёнком. Ко времени поступления в ЦПП на фоне приема ингаляционных кортикостероидов произошло выраженное уменьшение клинических проявлений БА, явления аллергического дерматита прошли.

При поступлении в ЦПП предъявляла жалобы на эпизоды приступов удушья с частотой в среднем 1-2 раза в неделю и необходимость пользоваться сальбутамолом, беродуалом на фоне приёма серетиды; появление кашля, чихания при контакте со стиральными порошками. Объективно - состояние удовлетворительное, аускультативно – хрипов в легких нет; проявления дерматита – отсутствуют; остальные физикальные данные – без дополнительной информации.

Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых или инфильтративных затемнений; корни тяжисты; лёгочной рисунок умеренно деформирован в прикорневых и базальных отделах; синусы свободны; сердце и аорта – без особенностей.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 77 (77)%, ФЖЕЛ – 86 (77)%, ОФВ₁ – 76 (76)%, индекс Тифно – 91 (101)%, МОС₂₅ – 55 (64)%, МОС₅₀ – 55 (57)%, МОС₇₅ – 62 (77)%.

Консультирована аллергологом с подтверждением ранее установленного диагноза БА и дачей практических рекомендаций по её лечению.

? № 04,01. Для оценки генеза БА проведение у пациентки проб с бытовыми аллергенами:

- А: нецелесообразно из-за отсутствия их диагностической информативности;
- В: показано, но проведение невозможно из-за клинического состояния;
- С: показано.

? № 04,02. Проведение иммунологических исследований для оценки генеза БА:

- А: не показано из-за отсутствия их диагностической информативности;
- В: показано.

? № 04,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 05.

С-ин С.И., 1963 г.р. (49 л.), обследован в ЦПП в декабре 2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1971 г. по настоящее время работает с перерывами на металлургических предприятиях, подвергаясь воздей-

ствию тяжелого физического труда и запылённости, превышающих предположительно ПДУ и ПДК.

Имеются анамнестически указания на склонность к простудным заболеваниям с подросткового возраста. Постоянный кашель с конца 1990-х г. Одышка – при умеренных физических нагрузках с 2004 г.

Медицинская карта амбулаторного больного ведется с 2001 года, в которой имеются записи о диагностике хронического бронхита с молодых лет; артериальной гипертензии (АГ) – с 2001 г. С 2003 г. зафиксирована почти ежегодная обращаемость с простудными заболеваниями. В 2007 г. выявлена предсердная экстрасистолия; с 2008 г. пациент лечится по поводу тромбоза бедренной, берцовой вен справа.

На ПМО в 2010 г. высказано подозрение на профессиональный генез хронического бронхита. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, из которой известно, что в профессии плавильщика проката, в которой пациент работает с 1987 г. по настоящее время (кроме перерывов в 1989 – 1992 и 1995 – 2000 гг.), труд по степени запыленности умеренно фиброгенной пылью соответствовал классам 3.1-3.2 ст.

При поступлении в ЦПП уточнено, что кашель сопровождается много лет выделением жёлтой мокроты; одышка возникает после подъёма на 3 этажа; регулярной гипотензивной терапии не проводится.

При поступлении АД 160/100-150/112 мм рт. ст.; физикальные данные – без дополнительной информации.

Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений; корни тяжистые; стенки бронхов уплотнены; лёгочный рисунок умеренно деформирован по ячеистому и тяжистому типу преимущественно в прикорневых и базальных отделах; синусы свободны; сердце – не увеличено.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 61 (56)%; ФЖЕЛ – 58 (50)%; ОФВ₁ – 52 (50)%; МОС₂₅ – 95 (55)%; МОС₅₀ – 66 (99)%; МОС₇₅ – 20 (99)%. Индекс Тифно – 100%.

Лабораторно: мокрота – слизистая, лейкоцитов – до 5-10 в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 в мин. Синдром укороченного PQ. Архивная ЭхоКГ (2010 год); линейные размеры указаны в мм): левое предсердие (ЛП) – 38,7; левый желудочек (ЛЖ) – 55,9; правый желудочек (ПЖ) – 25,6; толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 11,2; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 10,9; фракция выброса (ФВ) – 64%. Заключение: размеры полостей сердца – на верхней границе нормы; имеется начальная гипертрофия миокарда ЛЖ.

? № 05,01. У пациента синдром бронхообструктивности:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 05,02. Состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

А: соответствует;

В: не соответствует.

? № 05,03. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

А: по обструктивному типу;

В: по рестриктивному типу;

С: по смешанному типу с преобладанием рестрикции.

? № 05,04. Пациент направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 05,05. Проведение фибробронхоскопии (ФБС) у пациента:

А: показано;

В: не показано.

? № 05,06. Выполнение ФБС при оценке профпатологической ситуации относительно заболевания бронхолёгочной системы обязательным:

А: является;

В: не является.

? № 05,07. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 06.

Б-ов В.В., 1955 г.р. (57 лет), обследован в ЦПП 02.02 – 20.02.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1983 по июль 2012 г. проработал в профессиях ГРП, монтажник, газорезчик, проходчик, подвергаясь воздействию запыленности, предположительно превышающей ПДУ.

По медицинской карте амбулаторного больного – спорадические единичные обращения с ОРВИ – до 2003 г. Анамнестически: появление кашля и одышки при ранее свободной переносимой работе относится примерно к 2008 – 2009 гг. С этими жалобами в поликлинику не обращался.

При ПМО в 2011 г. в связи с указанными жалобами впервые заподозрен пылевой бронхит, запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места пациента, в которой указано, что по всему 28-летнему профмаршруту в профессиях ГРП, монтажника, газорезчика, проходчика запыленность превышала ПДК и соответствовала классу 3.1-3.4 ст. Пациент направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией.

При поступлении: жалобы на кашель с мокротой серого цвета, трудноотделяемой; одышка при умеренной ходьбе с 3 этажа. Объективно: грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания; частота дыхания 16 мин; перкуторно – легочной звук, аускультативно – дыхание жесткое, хрипов нет.

Rg-грамма ОГК: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных затемнений. Легочный рисунок умеренно деформирован по ячеисто-тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах. Корни тяжистые. Срединная тень – б/о. Синусы свободны.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: дыхательный маневр выполнен правильно; ЖЕЛ – 89 (87)%, ФЖЕЛ – 60 (51)%, ОФВ₁ – 74 (63)%, индекс Тифно – 130 (130)%, МОС₂₅ – 110 (116)%, МОС₅₀ – 110 (115)%, МОС₇₅ – 181 (182)%.

При фибробронхоскопическом (ФБС) исследовании: голосовая щель симметричная, трахея не изменена, карина острая, хрящевой рельеф бронхов выражен очень ярко; слизистая оболочка бледно-розовая, истонченная, с хорошо видимым сосудистым рисунком; устья бронхов расширены, шпоры истончены; секрет слизистый, вязкий, в малом количестве; все бронхи осмотрены до субсегментарных, дополнительных образований не выявлено. Заключение – диффузный 2-сторонний атрофический бронхит.

Лабораторно: мокрота слизистая, лейкоцитов – 11-50 в поле зрения; эпителиальные клетки в небольшом количестве.

? № 06,01. Началом клинических проявлений хронического бронхита следует считать:

А: 2008-2009 гг., указываемые пациентом;

В: 2011 г., когда был выставлен предварительный диагноз;

С: 2012 г., когда были проведены Rg-графия ОГК, ФБС и спирографическое исследование.

? № 06,02. По показателям спирограммы бронхообструктивный синдром:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 06,03. На период проведения экспертизы связи заболевания с профессией у пациента дыхательная недостаточность (ДН):

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 06,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 07.

Ч-ов В.В., 1957 г.р.(55 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1976 – 1979 гг. и с 1992 г. по апрель 2012 г. работал на металлургическом комбинате вальцовщиком, подвергаясь воздействию промышленных аэрозолей, предположительно превышающих ПДК.

Медицинская карта амбулаторного больного представлена с 1993г., в которой имеются записи о единичных ОРЗ (1999, 2011 гг.). Анамнестически: кашель и одышка – с 2005 года; в 2007 г. перенёс пневмонию справа (S₃).

После окончания работы настоял на направлении его в ЦПП на предмет обследования в отношении профессионального заболевания бронхов.

При поступлении в ЦПП: предъявлял жалобы на кашель с мокротой слизистого характера, одышку при подъеме с 4-5-го этажа. Объективно: состояние удовлетворительное, при физикальном исследовании – без дополнительной информации.

Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений; корни тяжистые; лёгочной рисунок умеренно деформирован в прикорневых и базальных отделах; синусы свободные; частичная релаксация правого купола диафрагмы. Срединная тень соответствует возрасту.

По данным ФБС: голосовая щель симметричная, смыкается. Трахея без особенностей; карина острая; бифуркация занимает срединное положение; слизистая оболочка бронхов бледно-розовая, местами истончена, с хорошо видимым сосудистым рисунком; хрящевой рельеф бронхов выражен; устья расширены; шпоры сужены; секрет слизистый, в малом количестве; все бронхи осмотрены до субсегментарных, дополнительных образований не выявлено. Заключение: хронический двусторонний субатрофический бронхит.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 74 (77)%; ФЖЕЛ – 69 (69)%; ОФВ₁ – 70 (72)%; индекс Тифно – 93 (110)%.

? № 07,01. Пациент направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 07,02. По представленной информации ВК по профпатологии ЦПП могла вынести заключение:

А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза.

? № 07,03. Атрофические изменения слизистой бронхов для пылевого бронхита являются признаком:

А: обязательным;

В: не обязательным.

? № 07,04. Наличие дыхательной недостаточности для пылевого бронхита является признаком:

А: обязательным;

В: не обязательным.

? № 07,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 08.

Е-ов Ю.А., 1957 г.р. (56 л.), обследован в ЦПП в мае 2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1985 года по 2009 г. работал в до-

менном цехе в профессии прессовщик и с 2009 г. по настоящее время – в профессии слесаря-ремонтника

По медицинской карте амбулаторного больного у пациента с 1982 г. довольно часто регистрировались вирусно-бактериальные инфекции ("ОРЗ"): 1982 г. – 3 раза; в 1984, 1985 гг. – дважды; в 1986 г. – дважды. При третьей обращаемости в 1986 г. был диагностирован хронический бронхит со стационарным лечением и назначением антибактериальной терапии. Последующие обращения с бронхолёгочной патологией были зарегистрированы в 1987, 1988, 1990 (дважды), 1992 гг. С 1992 г. выявлена гипертоническая болезнь; адекватной гипотензивной терапии не проводилось.

В 1993 г. пациент перенёс правостороннюю среднедолевую пневмонию, осложнённую междолевым плевритом. В 1995 г. он был прооперирован по поводу кист правого лёгкого. После операции вернулся к прежней работе. В последующем обращаемость с бронхолёгочной патологией стала реже – 1998, 2005, 2008, 2010 гг. В конце 2012 г. он лечился стационарно в связи с полисегментарной пневмонией.

После этого случая у первичного звена профпатологии возникло подозрение на возможно профессиональный генез бронхолёгочной патологии. Пациент направлен в ЦПП для оценки профпатологической ситуации, имея на руках амбулаторную карту и аттестацию рабочего места от 2008 г., согласно которой содержание в доменном цехе аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД) составляло $3,1 \text{ мг/м}^3$ при ПДК 4 мг/м^3 .

При поступлении в ЦПП: предъявлял жалобы на одышку при подъёме с 3-го этажа; кашель со слизистой мокротой; периодически повышение АД. Состояние – удовлетворительное. В лёгких выслушивалось жёсткое дыхание; АД 150/88 мм рт. ст. В остальном объективный статус – без дополнительной информации.

Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных затемнений, корни тяжистые, стенки бронхов уплотнены; лёгочный рисунок умеренно деформирован по ячеистому и тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах; узелковые тени не выявлены; справа – массивные плевро-костальные наложения и плевро-диафрагмальные спайки с облитерацией синуса; размер срединной тени обычный.

Запрошен из общелечебной сети Rg-архив исследований органов грудной клетки. По представленным данным (с 2006 г.) и результатам текущего обследования было сделано заключение об отсутствии данных за пневмокониоз.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 48 (55)%, ФЖЕЛ – 47 (58)%; ОФВ₁ – 54 (62)%; МОС₂₅ – 96 (62)%; МОС₅₀ – 70 (104)%; МОС₇₅ – 55 (68)%, индекс Тифно – 114 (107)%.

По данным ФБС (заключение): хронический двусторонний субатрофический бронхит. Лабораторно: мокрота – слизистая, лейкоцитов – до 1-3 в поле зрения.

? № 08,01. Пациент поступил в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 08,02. По представленной информации ВК по профпатологии могла вынести заключение:

А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

В: об отсутствии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

С: о наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

Д: о наличии у пациента хронического бронхита общего генеза.

Е: без СГХ ВК по профпатологии не имела права выносить никаких решений относительно этиологии хронического бронхита.

? № 08,03. У пациента дыхательная недостаточность:

А: 0-I ст.;

В: I ст.;

С: I-II ст.;

Д: II ст.

? № 08,04. У пациента синдром бронхообструктивности:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 08,05. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

А: соответствует;

В: не соответствует.

? № 08,06. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

А: по обструктивному типу;

В: по рестриктивному типу;

С: по смешанному типу.

? № 08,07. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

А: не подлежит;

В: подлежит.

? № 08,08. В связи с наличием у пациента ДН II ст. противопоказания к продолжению работы по своей профессии:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 08,09. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 09.

Ш-ев П.Ю., 1965 г.р. (47 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания: пациент 1986 – 2007 гг. работал в профессиях ГРП, проходчик (перерыв в 1996 – 2000 гг.), а с 2007 г. – подземным стволowym, подвергаясь воздей-

ствию запылённости, предположительно превышающей санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: пациент указывает на склонность к простудным заболеваниям практически с начала работы в подземных условиях. Обращался, но амбулаторная карта до 2005 г. утеряна. По записям результатов ПМО, имеющихс я с 2001 г. по 2008 г., жалоб не предъявлял и признавался здоровым и годным к работе.

Однако вторая медицинская карта амбулаторного больного, ведущаяся с 2005, начинается с записи о диагностике у пациента обострения хронического бронхита, протекавшего с признаками интоксикации и гипертермией, потребовавших проведения антибактериальной терапии.

С 2008 г. у пациента диагностируется ГБ, с этого времени появляются жалобы на одышку при умеренных физических усилиях, которые ранее переносил свободно. Обращаемость по ГБ – отсутствует.

В 2012 г. пациент вновь перенес обострение хронического бронхита со стационарным лечением с использованием антибиотиков и бронхолитиков.

После этого случая у первичного звена профпатологии возникло подозрение на возможно профессиональный генез хронического бронхита. Для оценки профпатологической ситуации направлен в ЦПП, имея на руках указанные выписки и аттестацию рабочего места от 2010 г., согласно которой на рабочем месте стволового содержание пыли оценивается классом 2.

При поступлении в ЦПП: жалобы на одышку при подъеме с 3-го этажа, кашель с мокротой желтого цвета в течение нескольких лет. АД – 140/80 мм рт. ст.; данные физического обследования – без дополнительной информации.

Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений; корни тяжистые, в них мелкие кальцинаты; признаки венозного застоя в сосудах малого круга кровообращения; лёгочной рисунок умеренно деформирован по ячеистому и тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах; синусы свободные; расширена левая граница сердца, аорта уплотнена.

По данным ФБС: голосовая щель симметричная; трахея не изменена; бифуркация занимает срединное положение; карина острая, хрящевой рельеф бронхов выражен ярко; слизистая оболочка бронхов бледно-розовая, истонченная, с хорошо видимым сосудистым рисунком; устья расширены, шпоры истончены. Секрет – слизистый в малом количестве; заключение – двусторонний хронический атрофический бронхит.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 29 (70)%, ФЖЕЛ – 28 (69)%; ОФВ₁ – 23 (58)%; индекс Тифно – 86 (88%); МОС₂₅ – 15 (49)%; МОС₅₀ – 13 (38)%; МОС₇₅ – 15 (39)%.

Лабораторно: мокрота – слизисто-гнойная, лейкоцитов – более 50 в поле зрения. ЭКГ: S - тип; ритм синусовый, ЧСС 76 в мин.

? № 09,01. Пациент поступил в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 09,02. По представленной информации ВК по профпатологии ЦПП могла вынести заключение:

А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

В: об отсутствии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

С: о наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

Д: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза;

Е: без СГХ ВК по профпатологии ЦПП не имела права выносить никаких решений относительно этиологии хронического бронхита.

? № 09,03. У пациента дыхательная недостаточность:

А: 0-I ст.;

В: I ст.;

С: I-II ст.;

Д: II ст.

? № 09,04. У пациента синдром бронхообструктивности:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 09,05. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

А: соответствует;

В: не соответствует.

? № 09,06. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

А: по обструктивному типу;

В: по рестриктивному типу;

С: по смешанному типу.

? № 09,07. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

А: не подлежит;

В: подлежит.

? № 09,08. У пациента противопоказания к работе в его профессии:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 09,09. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 10.

К-ов В.С., 1963 г.р. (50 л.), обследован в ЦПП 18.03 – 29.03.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1986 г. начал работать в про-

фессиях горномонтажника и ГРОЗ, периодически меняя шахты и указанные профессии. Работа связана предположительно с воздействием повышенной запыленности угольно-породной пылью.

Анамнестически: ничем не болел и обращаемости в поликлинику не было. Амбулаторная карта и данные ПМО представлены с 2011 г. Уже тогда регистрировалась АГ, по поводу которой не обследован.

На профосмотре 2011 г. предъявил жалобы на кашель и одышку с 3 этажа, которые беспокоят с 2009 года. Направлен в ЦПП для оценки профпатологической ситуации, имея на руках санитарно-гигиеническую характеристику объекта, выданную ЗАО "Шахта "Антоновская", в которой аэрозоли преимущественно фиброгенного действия (угольно-породные пыли) оценены классом 3.1 ст.

При поступлении в ЦПП (апрель 2012 г.) – при детализации анамнеза пациент сообщил о повышении у него АД в течение последних лет; при поступлении АД – 160/100; в остальном в объективном статусе без дополнительной информации. Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных затемнений; корни структурны; лёгочной рисунок умеренно деформирован в прикорневых и базальных отделах; синусы свободны; срединная тень соответствует возрасту. Заключение – данных за пневмокониоз не выявлено.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 74 (83)%, ФЖЕЛ – 72 (86)%, ОФВ₁ – 82 (91)%, Индекс Тифно – 119 (112)%, ПОС – 94 (80)%, МОС₂₅ – 101 (76)%, МОС₅₀ – 85 (98)%, МОС₇₅ – 101 (76)%. Лабораторно: характер мокроты слизистый. ЭКГ – без признаков гипертрофии миокарда левого желудочка.

Фибробронхоскопия (после нормализации АД): слизистая бронхов бледно-розового цвета, истончена, с участками субатрофии; сосудистый рисунок виден отчётливо; секрет слизистый, скудный. Заключение – хронический субатрофический бронхит.

В связи с предъявлением неопределённых жалоб на боли в прекардиальной области консультирован кардиологом и проведена велоэргометрическая проба. На нагрузке в 150 ватт - повышения АД до 240/110 (исходное – 150/90) и тахикардия – 130 сокр./мин. По заключению – тест отрицательный, без клинических и ЭКГ-признаков ишемии миокарда и стенокардии. Толерантность высокая – 150 ватт.

По результатам обследования в ЦПП выставлен предварительный диагноз хронического пылевого необструктивного бронхита с ДН 0 ст.; рекомендовано подготовить пакет документов согласно постановлению правительства № 967 от 15 декабря 2000 г. для проведения экспертизы связи заболевания с профессией.

Повторное поступление в ЦПП – в марте 2013 г. В интервале между обследованиями – был здоров, гипотензивная терапия не проводилась. По СГХ рабочего места от декабря 2012 года – по всему профмаршруту работа в подземных условиях в течение 29 лет протекала в условиях повышенной запылённости, превышающей ПДК: при ПДК 10,0 фактическое содержание колебалось в зависимости от профессии и места работы от 19,2 до 225 мг/м³.

По цифровой рентгенограмме органов грудной клетки (март 2013 г.) – без динамики.

При спирографии – дыхательный маневр выполнен неправильно. При повторном спирографическом исследовании с проведением пробы с бронхолитиками – признаки недостаточного волевого усилия; ЖЕЛ – 46 (44)%, ФЖЕЛ – 41 (45)%, ОФВ₁ – 47 (42)%, Индекс Тифно – 120 (101)%, ПОС – 44 (28)%, МОС₂₅ – 42 (27)%, МОС₅₀ – 38 (32)%, МОС₇₅ – 55 (50)%.

По ЭКГ – появилась неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Выполнена эхокардиография (ЭхоКГ; размеры – в мм): толщина задней стенки левого желудочка – 11,5; толщина межжелудочковой перегородки – 12,9; толщина передней стенки правого желудочка 5,5; полость правого желудочка 36,0; полость левого желудочка 56,0; размер правого предсердия 49,0 и левого – 39,0; фракция выброса левого желудочка – 60%.

? № 10,01 Дыхательная недостаточность соответствует:

- A: 0 ст.;
- B: 0-I ст.;
- C: I ст.;
- D: I-II ст.;
- E: II ст.

? № 10,02. Снижение спирографических показателей объясняется неправильным дыхательным маневром:

- A: полностью;
- B: не полностью.

? № 10,03. Дополнительным исследованием для выяснения возможной причины ухудшения спирографических показателей является:

- A: определение газового состава крови и показателей щелочно-кислотного равновесия;
- B: доплерэхокардиография;
- C: реопульмонография;
- D: СКТ органов грудной клетки.

? № 10,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 11.

К-нов С.И., 1956 г.р., (59 лет), обследован в ЦПП в сентябре 2012 г. История болезни: по копии трудовой книжки пациент 1989 – 2011 гг. работал в подземных условиях МГВМ, горным мастером, ГРОЗ, ГРП, подвергаясь воздействию запыленности, предположительно превышающей санитарно-гигиенические нормы. С конца 2011 г. прекратил работу.

Курит в течение последних 20 лет. По анамнезу – периодический кашель появился с конца 1990-х годов; обращаемости по бронхолёгочной патологии не было. Но в медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного и результаты ПМО – с 2002 г.) имеется выписка о стационарном лечении в

2005 г. с острой левосторонней пневмонией (S₉), содержащей запись о диагностике хронического бронхита с 1999 года.

При ПМО в 2011 г. (перед окончанием работы) возникло подозрение на профессиональный генез хронического бронхита. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой по всему профмаршруту содержание угольно-породной пыли соответствовало классу 3.2 ст. С медицинской документацией общелечебной сети и СГХ направлен в ЦПП для оценки профпатологической ситуации.

При поступлении в ЦПП: жалобы на кашель с мокротой, нередко желтоватого цвета; одышка при подъёме выше 3-го этажа. Объективно: состояние удовлетворительное; гиперстеник. Данные физикального обследования – без дополнительной информации.

В ЦПП выполнена СКТ органов грудной клетки: выявлены – частичная релаксация правого купола диафрагмы, за счёт чего правая доля печени пролабирует в грудную полость; в лёгких – диффузный интерстициальный пневмосклероз; на этом фоне в субплевральных отделах S₃ правого лёгкого определяется единичный плотный (фиброзный) очаг размером 5×3 мм; в S₅ левого лёгкого – небольшой участок локального пневмофиброза; проходимость трахеи и крупных бронхов не нарушена; синусы свободны; в средостении увеличенных лимфоузлов не выявлено; жидкости в плевральной полости не выявлено. Заключение: диффузный интерстициальный пневмосклероз; единичный плотный (фиброзный) очаг S₃ правого лёгкого. Небольшой участок пневмофиброза в S₅ левого лёгкого.

Запрошен Rg-архив данных исследования органов грудной клетки при проведении ПМО, при исследовании которого за период 2006 – 2012 гг. данных за пневмокониоз не выявлено.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 59 (66)%; ФЖЕЛ – 70 (74)%; ОФВ₁ – 69 (86)%; индекс Тифно – 104 (122)%; МОС₂₅ – 37 (52)%; МОС₅₀ – 60 (99)%; МОС₇₅ – 108 (147)%.

Лабораторно: мокрота – слизисто-гнойная, L – более 50 в поле зрения.

? № 11,01. Пациент поступил в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 11,02. По представленной информации ВК по профпатологии ЦПП могла вынести заключение:

А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза.

? № 11,03. У пациента дыхательная недостаточность:

А: 0-I ст.;

В: I ст.;
С: I-II ст.;
D: II ст.

? № 11,04. В случае разных спирографических показателей при пробе с бронхолитиками дыхательная недостаточность определяется по:

А: минимальному значению показателя;
В: максимальному значению показателя;
С: среднеарифметическому значению показателя;
D: значению показателей до пробы;
Е: значению показателей после пробы.

? № 11,05. У пациента синдром бронхообструктивности:

А: имеется;
В: отсутствует.

? № 11,06. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

А: соответствует;
В: не соответствует.

? № 11,07. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

А: по обструктивному типу;
В: по рестриктивному типу;
С: по смешанному типу.

? № 11,08. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

А: не подлежит;
В: подлежит.

? № 11,09. Проведение экспертизы профпригодности у неработающих:

А: обязательно;
В: определяется установкой пациента возобновить работу.

? № 11,10. У пациента противопоказания к работе в условиях повышенного содержания аэрозолей:

А: имеются;
В: отсутствуют.

? № 11,11. Генез хронического бронхита:

А: общесоматический;
В: профессиональный;
С: постановка вопроса преждевременная: необходимо динамическое наблюдение.

? № 11,12. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 12.

Ш-ов А.Б., 1952 г.р.(55 л.), обследован в ЦПП 25.06 – 11.07.2008 г. История заболевания: пациент в 1973 – 1983 и 2000 – 2008 гг. работал газосварщиком ручной сварки в условиях воздействия сварочного аэрозоля, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Активной обращаемости с бронхолегочной патологией не было. В 2007 г. при прохождении ПМО выполнена Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны. Лёгочный рисунок умеренно деформирован по ячеистому и тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах, достигающих до кортикальных отделов лёгких. Корни тяжистые, стенки бронхов уплотнены. Синусы свободные. На этом фоне выявлены изменения, подозрительные на периферический рак верхней доли левого лёгкого.

При СКТ лёгких: умеренные диффузные интерстициальные изменения в виде уплотнения междольковых и межальвеолярных перегородок. Диффузные интерстициальные изменения; периферический рак верхней левой доли левого лёгкого. Заключение: пневмокониоз, интерстициальная форма, "s/s" "1/2"; периферический рак верхней левой доли левого лёгкого.

Пациент направлен в онкодиспансер. Одновременно заподозрен пневмокониоз электросварщика и запрошена СГХ рабочего места.

В онкодиспансере проведено удаление злокачественной опухоли верхней доли лёгкого (декабрь 2007 г.). СКТ органов грудной клетки перед выпиской из онкологического отделения (январь 2008 г.): диффузные интерстициальные изменения лёгких; парасептальная эмфизема; состояние после верхней лобэктомии слева; имеет место нарастание парасептальной эмфиземы в верхних отделах. По выписке: бронхоальвеолярный рак (T₂N₀M₀).

В полученной из Роспотребнадзора СГХ указано, что по всему профмаршруту в профессии газосварщика подвергался воздействию сварочного аэрозоля в концентрации 11,6 мг/м³ при ПДК 4,0 мг/м³ с повышенным содержанием окислов железа (класс условий труда 3.1 ст.). Направлен в ЦПП для экспертизы связи заболевания с профессией.

При поступлении в ЦПП: жалобы на одышку и непостоянный сухой кашель. При физикальном обследовании – без дополнительной информации.

ФБС – двухсторонний хронический субатрофический бронхит.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 52 (47)%, ФЖЕЛ – 45 (41)%, ОФВ₁ – 44 (35)%, индекс Тифно – 101 (95)%, МОС₂₅ – 34 (37)%, МОС₅₀ – 34 (43)%, МОС₇₅ – 42 (57)%. Лабораторно: мокрота – слизистая, серая, вязкая, лейкоцитов – до 12-16 в поле зрения.

? № 12,01. Экспертиза связи заболевания с профессией должна проводиться в отношении:

А: пневмокониоза, на которой была составлена СГХ;

В: рака лёгкого;

С: одновременно двух заболеваний.

? № 12,02. Рак лёгкого у работников пылевых профессий считается:

А: самостоятельным профпатологическим заболеванием;

В: осложнением профзаболеваний органов дыхания пылевой этиологии;

С: самостоятельным профпатологическим заболеванием, но только в сочетании с другим профессиональным заболеванием органов дыхания пылевой этиологии.

? № 12,03. Кодировка Rg-затемнений в лёгких буквами "s" и "p" означает:

А: их характер;

В: их размеры;

С: лево- и правосторонность локализации поражения;

Д: принадлежность к какому-то виду пневмокониоза.

? № 12,04. Кодировка Rg-затемнений в легких цифрами "1/1" означает:

А: их характер;

В: их размеры;

С: лево- и правосторонность локализации поражения;

Д: плотность насыщения на 1 см² лёгочного поля.

? № 12,05. По спирографическим показателям состояние понятию "ХОБЛ профессионального генеза":

А: не соответствует;

В: соответствует.

? № 12,06. Формой лёгочного фиброза у пациента является:

А: сидероз, кодируемый по МКБ-10 как J63.4;

В: пневмокониоз, кодируемый по МКБ-10 как J63.8;

С: лёгочный фиброз, кодируемый по МКБ-10 как J68.4.

? № 12,07. У пациента экспертиза связи профессии со злокачественной опухолью лёгкого как самостоятельной нозологической единицы:

А: неправомерна, поскольку на это заболевание не составлена СГХ;

В: неправомерна, поскольку на период экспертизы пациент излечен от этого заболевания;

С: правомерна из-за возможности появления метастазов опухоли;

Д: неправомерна, поскольку окислы железа, выделенные в СГХ, не обозначены как канцерогены.

? № 12,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 13.

Г-ов Н.Н., 1954 г.р., (58 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1975 г. по настоящее время работает на металлургическом предприятии вначале уборщиком горячего металла, а в последующем – сортировщиком-сдатчиком металла, обработчиком поверхностных пороков изделий, подвергаясь при этом воздействию промышленных аэрозолей, предположительно превышающих ПДК.

По медицинской карте амбулаторного больного, которая ведётся с 1977 г., в 1981 г. перенес острый бронхит; тогда была лихорадка и назначалась антибактериальная терапия. В последующем до начала 2000-х годов обращаемости с бронхолёгочной патологией не было. С указанного времени – появление артериальной гипертонии, исподволь появились кашель и одышка. В записях ПМО жалобы на кашель и одышку постоянно упоминаются с 2007 года. Уже тогда регистрировалась АГ в 180/100 мм рт. ст.

В 2012 г. после купирования высоких цифр АД в амбулаторных условиях выполнена ФБС, выявившая атрофическую бронхопатию. Заподозрен профессиональный характер бронхита, запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой в период работы с 1975 по 1990 гг., с 1992 по 2008 годы и с 2011 года по настоящее время, когда работал в профессии обработчика поверхностных пороков металла, запылённость на рабочем месте оценена классом 2. В 2008 - 2011 годах в профессии сортировщик-сдатчик металла запылённость на рабочем месте также не превышала ПДК (класс 2). И только работа в 1991 – 1992 гг. в профессии уборщика горячего металла сопровождалась повышенной запылённостью, оцененной классом 3.1 ст.

После получения СГХ направлен в ЦПП для оценки профпатологической ситуации. При поступлении в ЦПП: жалобы на кашель с мокротой светлого цвета, одышку при подъёме до 3 этажа. Физикально – только жестковатое дыхание. АД 198/110 мм рт. ст.

Обзорная Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля обычной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений; корни тяжистые; лёгочной рисунок умеренно деформирован по ячеистому и тяжистому типу, преимущественно в прикорневых и базальных отделах; синусы свободные; расширена левая граница сердца, аорта уплотнена; данных за пневмокониоз не получено.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 70 (68)%, ФЖЕЛ – 69 (68)%; ОФВ₁ – 76 (79)%; индекс Тифно – 117 (122)%; МОС₂₅ – 80 (103)%; МОС₅₀ – 59 (77)%; МОС₇₅ – 70 (88)%.

Лабораторно: мокрота – слизистая, лейкоцитов – 20-40 в поле зрения.

? № 13,01. Пациент поступил в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 13,02. По представленной информации ВК по профпатологии могла вынести заключение:

А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза;

Д: о потере пациентом профессиональной трудоспособности в пределах 30% и необходимости обращения в фонд социального страхования для получения регресса.

? № 13,03. У пациента дыхательная недостаточность:

A: 0-I ст.;

B: I ст.;

C: I-II ст.;

D: II ст.

? № 13,04. В случае разных спирографических показателей при пробе с бронхолитиками дыхательная недостаточность определяется по:

A: минимальному значению показателя;

B: максимальному значению показателя;

C: среднеарифметическому значению показателя;

D: значению показателей до пробы;

E: значению показателей после пробы.

? № 13,05. У пациента синдром бронхообструктивности:

A: имеется;

B: отсутствует.

? № 13,06. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

A: соответствует;

B: не соответствует.

? № 13,07. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

A: по обструктивному типу;

B: по рестриктивному типу;

C: по смешанному типу.

? № 13,08. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

A: не подлежит;

B: подлежит.

? № 13,09. У пациента противопоказания к работе в профессии:

A: имеются;

B: отсутствуют.

? № 13,10. Проведение экспертизы профпригодности у неработающих:

A: обязательно;

B: определяется установкой пациента возобновить работу.

? № 13,11. Генез хронического бронхита:

A: общесоматический;

B: профессиональный;

C: постановка вопроса преждевременная: необходимо динамическое наблюдение.

? № 13,12. Первичное звено профслужбы, получив СГХ с информацией о практическом отсутствии на рабочем месте повышенной запыленности:

А: имело право отказаться от предварительного диагноза пылевого бронхита и не направлять работника в ЦПП;

В: обязана направить работника в ЦПП независимо от оценки условий труда по данным СГХ.

? № 13,13. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 14.

П-ов А.А., 1958 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 26.04 – 08.05.2007 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1986 г. по настоящее время без перерывов работает на металлургическом комбинате в разных профессиях (сталевар, подручный сталевара), подвергаясь воздействию промышленных аэрозолей, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически и по медицинской карте амбулаторного больного: активной обращаемости с патологией бронхолёгочной системы нет. Проходил ПМО. С 2001 г. на Rg-граммах органов грудной клетки в лёгких выявляются нерезко выраженные изменения лёгочного рисунка, в связи с которыми пациент с того времени находится в группе повышенного риска по развитию пневмокониоза.

В 2007 г. по данным Rg-обследования органов грудной клетки заподозрен пневмокониоз; запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, в которой указано, что по всему профмаршруту содержание в смешанных пылях химических веществ фиброгенного действия – окислов железа, марганца, хрома; SiO₂ до 20% – соответствовало классу 3.3 ст.

Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. При поступлении: жалобы на нерезко выраженную одышку при умеренных усилиях; редкий сухой кашель. При физикальном исследовании – без дополнительной информации.

Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны, без очаговых и инфильтративных затемнений. Корни фиброзно изменены, стенки крупных бронхов склерозированы. В корнях кальцинаты. Мелкоячеистая деформация легочного рисунка с наличием тяжистых теней, преимущественно в средних и нижних отделах, прослеживается до кортикальных отделов. По периферии и над диафрагмой определяются мелкоузелковые тени 1-2 мм. Синусы свободные. С двух сторон мелкие плевро-диафрагмальные спайки.

ФБС – голосовая щель симметричная, трахея – обычной формы, хрящевой рельеф бронхов выражен. Карина острая. Слизистая бронхов бледная, истончена, выражен сосудистый рисунок. Устья бронхов широкие, шпоры истончены. Секрет слизистый, в скудном количестве. Заключение: двусторонний хронический атрофический бронхит.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 79 (86)%; ФЖЕЛ – 77 (78)%; ОФВ₁ – 79 (92)%; МОС₂₅ – 63 (79)%; МОС₅₀ – 70 (80%), МОС₇₅ – 98 (117)%; индекс Тифно – > 100,0%. Лабораторно: мокрота – слизистая, лейкоцитов – >50 в поле зрения, альвеолярных макрофагов мало.

? № 14,01. Какие изменения в лёгочной ткани информативнее в отношении пневмокониоза:

A: обозначаемые буквами s, t, u;

B: обозначаемые буквами p, q, r;

C: вопрос надуманный: диагностическая информативность в отношении пневмокониоза обоих изменений в лёгких одинакова, паритетна.

? № 14,02. Интерстициальные изменения в лёгочной ткани размером в 4 мм надо кодировать как:

A: p;

B: u;

C: q;

D: s;

E: t.

? № 14,03. Узелковые изменения в лёгочной ткани размером не более 1,5 мм надо кодировать как:

A: p;

B: u;

C: q;

D: s;

E: t.

? № 14,04. У пациента развитие спаечного процесса в плевральной полости патогенетически с пневмокониотическим процессом:

A: связано;

B: не связано.

? № 14,05. У пациента противопоказания к продолжению работы по профессии:

A: имеются;

B: отсутствуют.

? № 14,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 15.

Т-ов В.А., 1960 г.р. (47 л), обследован в ЦПП 02.09 – 18.09.2008 г. История заболевания: пациент с 1982 г. по настоящее время работает на металлургических предприятиях в разных профессиях (монтажник, газорезчик, электросварщик), подвергаясь воздействию промышленных аэрозолей в концентрациях, предположительно превышающих ПДК.

Анамнестически: постоянный кашель и одышка беспокоят с конца 1990-х годов. Обращался в поликлинику, но медицинская карта амбулаторного больного утеряна и повторно заведена в 2005 г. при обращении с обострением и лечением хронического бронхита. Тогда: на Rg-грамме органов грудной клетки выявлялись

признаки пневмосклероза и эмфиземы лёгких. Пациент был оставлен в группе динамического наблюдения по пневмокониозу.

Повторное обращение с тем же диагнозом – в 2007 г. На эхокардиограмме (ЭхоКГ) выявлена заинтересованность правых отделов сердца. Заподозрен пневмокониоз. Выполнена ФБС с заключением о наличии диффузного эндобронхита I степени воспаления и дистонии трахеи 1-2 ст. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой содержание в сварочном аэрозоле химических веществ, превышающих ПДК (класс 3.2 ст.), имело место только в период работы газорезчика и электросварщика в 1982 – 1996 и 1996 – 1998 гг. Вредный стаж по этому виду вредности составил 15 лет. Работа в последующие 10 лет – с 1998 г. по настоящее время – практически в тех же профессиях протекала в условиях запыленности, не превышающих ПДК. Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянный, но малопродуктивный кашель, одышка при небольших физических усилиях. Состояние удовлетворительное; аускультативно в лёгких - жесткое дыхание, сухие хрипы по всем полям; частота дыхания – 20 в мин; остальные физикальные данные – без дополнительной информации.

Архивная ЭхоКГ (2007 г.): аорта – 41,8 мм; левое предсердие (ЛП) – 38,0 мм; левый желудочек (ЛЖ): конечный диастолический размер (КДР) – 51,0 мм, конечный систолический размер (КСР) – 32 мм, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 11,0 мм, толщина задней стенки (ТЗС) – 9,0 мм, фракция выброса ЛЖ (ФВЛЖ) – 50%; размеры правого предсердия (ПП) – 46,0×48,5 мм, КДР правого желудочка (ПЖ) – 26,0 мм; выносящий тракт ПЖ – 28 мм, толщина передней стенки ПЖ (ТПСПЖ) – 7 мм; лёгочный ствол (ЛС) – 32-37 мм; среднее давление в лёгочной артерии (ЛАДср) – 22 мм рт. ст. Заключение: расширены выносящий тракт правого желудочка и правое предсердие; миокард правого желудочка гипертрофирован; трикуспидальная регургитация 1 ст.; умеренная лёгочная гипертензия; диастолическая дисфункция желудочков – ригидный тип. Аорта гиперэхогенна.

На Rg-грамме органов грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны; без очаговых и инфильтративных затемнений; корни фиброзно изменены; стенки крупных бронхов уплотнены; лёгочной рисунок деформирован по мелкоячеистому и тяжистому типу преимущественно в средних и нижних отделах; прослеживается до кортикальных отделов; интерстициальный фиброз, более выраженный в латеральных и нижних отделах; синусы свободны, с двух сторон плевродиафрагмальные и плевроперикардальные спайки; расширена левая граница сердца, аорта уплотнена.

По СКТ-томограммам определяются диффузные интерстициальные изменения лёгких в виде уплотнения междольковых и межальвеолярных перегородок; на этом фоне визуализируются множественные мелкие, диаметром до 1-2 мм, очаги; очаговые тени расположены преимущественно центрилобулярно, однако некоторые из них – периваскулярно; слева в нижней доле фиброзные наложения; стенки бронхов утолщены, местами склерозированы; в средостении видны многочисленные лимфоузлы центрального средостения, но размеры их в пределах нормы; при дыхательной пробе плотность лёгочной ткани изменилась незначи-

тельно (от -1010 до -921 ед. Н); в кранио-каудальном направлении плотность практически не изменилась. Заключение – эмфизема, выраженный пневмофиброз обоих лёгких с преимущественным уменьшением объёма преимущественно правого лёгкого; диффузные интерстициальные изменения как проявление интерстициальной формы пневмокониоза "s/s" "1/2".

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 43 (48)%, ФЖЕЛ – 40 (44)%, ОФВ₁ – 31 (35)%, МОС₂₅ – 21 (30)%, МОС₅₀ – 22 (31)%, МОС₇₅ – 29 (41)%. Лабораторно: мокрота – слизисто-гнойная, лейкоцитов – 11-50 в поле зрения; альвеолярные макрофаги – единичные.

? № 15,01. Обследование на предмет пневмокониоза при работе в течение последних 10 лет в условиях запыленности, не превышающих ПДК:

А: правомерно;

В: неправомерно.

? № 15,02. Кодировка Rg-затемнений в лёгких буквами "s" и "p" означает:

А: их форму;

В: их размеры;

С: лево- и правосторонность локализации поражения;

D: принадлежность к какому-то виду пневмокониоза.

? № 15,03. Кодировка Rg-затемнений в лёгких цифрами "1/1" означает:

А: их форму;

В: их размеры;

С: лево- и правосторонность локализации поражения;

D: плотность насыщенности на 1 см² лёгочного поля.

? № 15,04. Интерстициальные изменения в лёгочной ткани размером в 1,5 мм и менее надо кодировать как:

А: p;

В: u;

С: q

D: s;

Е: t.

? № 15,05. Узелковые изменения в легких размером не более 3 мм надо кодировать как:

А: p;

В: u;

С: q;

D: s;

Е: t.

? № 15,06. Развитие изменений в лимфатических узлах средостения патогенетически с пневмокониотическим процессом:

А: связано;

В: не связано.

? № 15,07. По спирографическим показателям состояние понятия "ХОБЛ профессионального генеза":

А: не соответствует;

В: соответствует.

? № 15,08. Признаки воспаления по данным ФБС, а также повышенное содержание лейкоцитов в мокроте доказательствами инфекционно-воспалительного характера респираторной патологии у пациента:

А: не являются;

В: являются.

? № 15,09. Формой лёгочного фиброза у пациента является:

А: сидероз, кодируемый по МКБ-10 как J63.4;

В: пневмокониоз, кодируемый по МКБ-10 как J63.8;

С: лёгочный фиброз, кодируемый по МКБ-10 как J68.4.

? № 15,10. У пациента признаки профессиональной непригодности:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 15,11. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 16.

Г-ов Г.Н., 1957 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 02.03 – 20.03.2009 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент работает в подземных условиях с 1984 г. по настоящее время с небольшими перерывами в разных профессиях (ГРП, проходчик), подвергаясь воздействию запылённости, предположительно превышающей санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: появление кашля – с 2001 г., одышки – с 2005 г. Документированная обращаемость с признаками бронхита – в 2005 и 2007 гг. При последнем обращении на Rg-грамме органов грудной клетки: лёгочные поля эмфизематозны; очаговых и инфильтративных изменений не выявлено; корни фиброзно изменены; стенки крупных бронхов склерозированы; в корнях мелкие кальцинаты; мелкоячеистая деформация лёгочного рисунка с наличием тяжистых теней, преимущественно в средних и нижних отделах, прослеживающихся до кортикальных отделов; интерстициальный фиброз, более выраженный в латеральных и нижних отделах; над диафрагмой определяются единичные мелкоузелковые тени до 1-1,5 мм. Синусы свободны; сердце и аорта – без особенностей. Заключение: пневмокониоз "s/p" "1/1". Выполнена ФБС, выявившая атрофическую бронхопатию.

Заподозрен пневмокониоз, запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой пациент по всему профмаршруту (перерыв в работе проходчиком 2003 – 2004 гг.) проработал в условиях воздействия угольно-породной пыли с содержанием SiO₂ больше 25%, соответствующих классу 3.4 ст.

При получении всех документов пациент направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. При поступлении: объективные данные – без дополнительной информации.

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 75%, ФЖЕЛ – 72%, ОФВ₁ – 72%, МОС₂₅ – 48%, МОС₅₀ – 59%, МОС₇₅ – 83%, индекс Тифно – >100,0%. ЭКГ: ритм синусовый, 77 в мин., неспецифические изменения в миокарде. Лабораторно: мокрота – слизистая, лейкоцитов – до 50 в поле зрения.

? № 16,01. Пыль считается высокофиброгенной при содержании в ней SiO₂:

A: <5,0%;

B: =>5,0-<10,0%;

C: =>10,0-<20,0%;

D: =>20,0%.

? № 16,02. ПДК высокофиброгенной пыли по содержанию в ней SiO₂ составляет:

A: 1-2 мг/м³;

B: >2,0 мг/м³;

C: >4,0 мг/м³;

D: >6,0 мг/м³.

? № 16,03. Пневмокониоз у работников по добыче угля называется:

A: пневмокониоз угольщика;

B: антракосиликоз;

C: антракоз;

D: легкое угольщика;

E: карбокониоз;

F: пневмокониоз от воздействия смешанной (угольно-породной) пыли.

? № 16,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 17.

Н-ев А.С., 1956 г.р., (56), находился в ЦПП 02.12 – 11.12.2012 г. История заболевания: начало работы во вредных условиях труда с 1978 г. в профессии электросварщика ручной сварки. В последующем работал и в других профессиях: машиниста экскаватора, проходчика, горнорабочего очистного забоя и опять электросварщика ручной сварки. Работа в подземных условиях протекала в условиях воздействия угольно-породной пыли, а электросварка – сварочного аэрозоля, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнез бронхолёгочной патологии отсутствует. Амбулаторная карта имеется только с 2007 г. В мае 2008 г. на флюорографии органов грудной клетки в рамках ПМО – в S₁ и S₂. правого лёгкого выявлены затемнения, послужившие причиной госпитализации в туберкулёзную больницу с проведением противотуберкулёзного лечения по 1-му режиму. В связи с отсутствием динамики Rg-

данных и неясности клинической ситуации в июне 2008 г. выполнена атипичная (краевая) резекция правого лёгкого с видеоподдержкой. При гистологическом исследовании в удаленных сегментах лёгкого выявлены признаки пневмокониоза. В августе 2008 г. решением ВК туберкулезной больницы диагноз туберкулеза снят с заключением об отсутствии необходимости в туберкулезном учёте. После завершения послеоперационной стадии восстановления в августе 2008 г. начал работать электросварщиком.

В том же году первичным звеном профпатологии был выставлен предварительный диагноз пневмокониоза и запрошена СГХ рабочего места. По СГХ Роспотребнадзора от 2009 г. информация о вредных условиях труда представлена только с 1985 г., когда стал работать ГРП. В этой профессии и в последующей – проходчика (по 1999 г.) условия труда по содержанию высокофиброгенной (содержание SiO_2 превышало 10%) угольно-породной пыли оценены классом 3.4-3.1 степени. На рабочем месте электросварщика (с 1999 г.) сварочный аэрозоль содержал окислы железа, не превышающие ПДК.

В декабре 2009 г. с СГХ был направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. Госпитализирован сразу, но через 2 дня был выписан за нарушение больничного режима. Продолжал работать электросварщиком. Обращаемости с бронхолёгочной патологией не было. Направлен повторно в ЦПП в декабре 2012 г.

При обследовании в ЦПП выполнена ревизия гистологического исследования послеоперационного материала: в срезах имеются кусочки лёгочной паренхимы с изменениями разной выраженности. Локально отмечаются узловатые образования из грубой неоформленной соединительной ткани зрелого характера с фокусами гиалиноза. В них отмечаются отложения пигмента типа угольной пыли; есть скопления мононуклеаров и формирующихся лимфоидных фолликулов. В прилежащей лёгочной воздухоносной паренхиме есть сдавление альвеол, неравномерный фиброз и утолщение межальвеолярных перегородок. В них также наблюдается отложение угольной пыли. Мелкие бронхи местами неравномерно сдавлены и деформированы. Плевра утолщена и склерозирована, в ней также есть отложение угольного пигмента; местами в плевре есть узловатые утолщения фиброзной ткани с гиалинозом. Заключение гистолога: "узловатый пневмокониоз".

Rg-грамма органов грудной клетки: лёгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений; правое лёгкое уменьшено в объёме; массивные плеврокостальные наложения, плевро-диафрагмальные спайки с облитерацией синуса; в медиальных отделах верхнего лёгочного поля – танталовые швы; корни тяжистые; стенки бронхов уплотнены; лёгочный рисунок умеренно деформирован по ячеистому типу, преимущественно в средних и базальных отделах. Заключение: "необходимо динамическое наблюдение в группе подозрительных на пневмокониоз. Состояние после резекции правого лёгкого".

Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 58 (55)%; ФЖЕЛ – 63 (75)%; ОФВ₁ – 59 (69)%, индекс Тифно – 98 (97)%. По заключению специалиста – значительное снижение ЖЕЛ, лёгкое нарушение проходимости дыхательных путей; бронхолитическая проба положительная.

Поскольку гистологическое заключение о наличии признаков пневмоконио-

за сочеталось с отсутствием его Rg-признаков, по решению профпатологической ВК была выполнена СКТ органов грудной клетки. По её данным: состояние после торакотомии и атипичной резекции S₁ и S₂ правого лёгкого; оставшиеся сегменты верхней доли смещены; в заднемедиальных отделах оставшейся верхней доли – металлический шов и локальный фиброз с видимыми просветами бронхов, грубые рубцы, к которым подтянуты сегментарные бронхи. Выявляется неравномерное утолщение костальной плевры от уровня 7 ребра до диафрагмы вдоль всех отделов грудной клетки (справа) с формированием плевро-диафрагмальных сращений и облитерацией синусов. В S₄ левого лёгкого – субплеврально единичный плотный очаг 3 мм; в S₉ на плевре – плотный узелок 4×5 мм; вдоль медиастинальной плевры в верхних отделах – небольшие участки парасептального вздутия. В экспираторную фазу плотность паренхимы мозаична за счёт чередования участков сниженной, нормальной и повышенной плотности вследствие нарушения проходимости мелких бронхов. В центральном средостении немногочисленные лимфоузлы с максимальными поперечным размером 10×6 мм.

? № 17,01. Заключение Rg-исследования органов грудной клетки:

А: информативно;

В: не информативно.

? № 17,02. Постановка диагноза антракосиликоза после 11-летнего разобщения с воздействием угольно-породной пыли:

А: правомерна;

В: неправомерна.

? № 17,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 18.

Б-ев В.Ф., 1982 г.р. (26 л.), обследован в ЦПП 20.02 – 26.02.2008 г. История заболевания: пациент в должности фельдшера работал с 27.02.2001 года в ФГУ "Лечебное исправительное учреждение № 16", имея контакт с больными туберкулезом лёгких с бацилловыделением.

В конце апреля 2006 г. появился кашель со слизистой мокротой, иногда с примесью крови, потливость, слабость, субфебрильная температура. В мае 2006 года по флюорографии грудной клетки выявлена инфильтрация верхней доли левого легкого, расцененная как пневмония. После безуспешной неспецифической антибактериальной терапии и консультации фтизиатра диагностирован инфильтративный туберкулез, ВК (+). Госпитализирован в туберкулезную больницу (18.05 – 19.09.2006 год). Заключение фтизиатрической ВК от 18.09.06 года: общий курс лечения признан безуспешным (множественная лекарственная устойчивость), бацилловыделение сохранилось. 19.09.06 году начата антибактериальная терапия по 4 режиму. Абациллирован по мазку мокроты в октябре 2006 года. Решением фтизиатрической ВК от 23.04.2007 года – переведен на лечение тремя а/бактериальными препаратами – продолжительность лечения 18 месяцев (до

марта 2008 года). Находился на больничном листе по 16.05.2007 года. Направлен на МСЭ – определена II гр. инвалидности.

Решение фтизиатрической ВК 18.01.2008 года: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого с многочисленными полостями распада. ВК (-). ДН 0 (ноль) ст. Высказано подозрение на профессиональный характер туберкулеза лёгких. Запрошена и получена СГХ, в которой указано, что класс условий труда оценен как 2, хотя отмечен факт контакта пациента с бактериями туберкулёза. Получена карта эпидемиологического обследования с указанием отсутствия бытового контакта с больными туберкулёзом.

При поступлении в ЦПП на предмет экспертизы связи заболевания с профессией по объективным данным – без дополнительной информации. Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолитиками: ЖЕЛ – 88%; ФЖЛ – 5%; ОФВ₁ – 92%. По Rg-архиву: на Rg-грамме органов грудной клетки (19.05.2006 год) – слева в S_{1,2,3} определяется неоднородная инфильтрация, состоящая из сливных очагов и фокусов на фоне усиленного легочного рисунка. В S₁ слева – толстостенные полости распада 4,0×4,0; 1,0×2,0; 1,0×1,0 см и более мелкие участки деструкции. Rg-данные (октябрь, 2007 год) – положительная динамика: уменьшения очагов; рубцевание, некоторые деструкции закрылись. Мокрота на ВК – отрицательно.

? № 18,01. Проведение экспертизы связи туберкулеза лёгких с профессией на стадии сохранения активности туберкулезного процесса:

А: преждевременно;

В: своевременно.

? № 18,02. Оценка условий труда классом 2, то есть как безвредных, основанием для отказа проведения экспертизы в пользу профессионального генеза заболевания:

А: является;

В: не является.

? № 18,03. Профессиональному туберкулёзу лёгких свойственна склонность к:

А: деструктивному течению;

В: бацилловыделению;

С: развитию осложнений;

Д: сочетанию всего вышеизложенного;

Е: отсутствию специфичности в клинической картине.

? № 18,04. Туберкулез лёгких у пациента:

А: профессионального генеза;

В: непрофессионального генеза.

? № 18,05. В случае полного излечения туберкулеза лёгких без клинически значимых последствий возвращение к прежней работе:

А: противопоказано;

В: не противопоказано.

? № 18,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 19.

К-ёв В.В., 1957 г.р. (56 л.), обследован в ЦПП 04.06 – 12.06.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1981 – 1991 гг. и с 1997 г. по апрель 2012 г. работает в подземных условиях на разных шахтах в профессии подземного электрослесаря, подвергаясь воздействию шума, превышающего предположительно ПДУ. В связи с гипертонической болезнью в апреле 2012 г. выведен на поверхность, но работа в той же профессии электрослесаря сопровождается тоже предположительно шумовой нагрузкой.

На ПМО по результатам восприятия шёпотной речи и аудиометрических исследований до 2005 г. патологических изменений не находили. В 2008 г. – шёпотная речь 3-4 м, аудиометрически – НСТ 0 ст.; в 2010 г – 3/3 м, НСТ I ст. и в 2011 году – 1,5/1,5 м и НСТ II ст. соответственно. Тогда же был направлен в ЦПП на консультацию с АРМ, в котором шум на рабочем месте пациента составлял 87-94 дБ (протокол от февраля 2010 г.) и 72-93 дБ (протокол от марта 2011 года).

Однако в ЦПП пациент поступил только в 2012 г. Тогда показатели шёпотной речи и аудиометрического исследования – 1,5/1,5 м и НСТ II ст. соответственно. При обследовании выявлена АГ – 145/80 мм рт. ст. Проведено эхокардиографическое исследование, обнаружившее начальную гипертрофию миокарда левого желудочка. На глазном дне была выявлена гипертензивная ангиопатия. По заключению кардиолога имела гипертоническая болезнь II стадии с АГ I ст.

Было решено оставить пациента на динамическом наблюдении (с рекомендацией вывода на поверхность в связи с выявлением гипертонической болезни).

За 2012-2013 гг. – обращений в поликлинику не было. При настоящем плановом обследовании данные ЛОР-обследования практически прежние: 1,0-1,5/1,0-1,5 метров и НСТ II ст. соответственно. Тимпанограмма – нормальная. При проведении надпороговых тестов выявлен феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ): показатель дифференциального порогового восприятия силы звука при 40 дБ составил над порогом 0,6 дБ.

По реоэнцефалографии (РЭГ) в фоновом режиме, при поворотах головы вправо и влево, при гипервентиляции с заключением об отсутствии дефицита мозгового кровотока; повышенном тоне средних и мелких артерий в бассейне левой внутренней сонной артерии и нормальном тоне в остальных бассейнах; наличии нормального венозного оттока во всех бассейнах и отсутствии позиционной зависимости. Консультация невролога: клинических проявлений патологии сосудов головного мозга нет.

? № 19,01. Если уровень поражения слухового анализатора:

1 кохлеарный;

2 ретрокохлеарный;

3 центральный

и имеется:

4 нарушение звукопроводения;
5 нарушение звуковосприятия,
то смешанная НСТ характеризуется:

- A: 1,2;
- B: 1,3;
- C: 1,4;
- D: 1,5;
- E: 2,4;
- F: 2,5.

? № 19,02. Течение НСТ для профессионального генеза:

- A: типичное;
- B: нетипичное.

? № 19,03. Феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) при надпороговой аудиометрии позволяет диагностировать:

- A: кондуктивную тугоухость;
- B: НСТ кохлеарного уровня;
- C: НСТ ретрокохлеарного уровня;
- D: смешанную тугоухость;
- E: профессиональную тугоухость.

? № 19,04. Диагностически значимым показателем ФУНГ является:

- A: менее 0,5 дБ;
- B: менее 0,8 дБ;
- C: менее 1,0 дБ.

? № 19,05. Пациент динамическому наблюдению в ЦПП:

- A: подлежит;
- B: не подлежит.

? № 19,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 20

К-ий А.И., 1963 г.р. (45 л.), обследован в ЦПП 21.10 – 05.11.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1990 г. по настоящее время работает проходчиком, подвергаясь воздействию физических нагрузок, вибрации и шума, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Онемение пальцев рук появилось с 2000 г. К 2003 г. присоединились боли в суставах рук и повышенная чувствительность кистей к холоду с побелением пальцев. Снижение слуха отметил с 2006 г. Заподозрена ВБ, запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой по всему профмаршруту имелось превышение ПДУ всех вредных факторов и по локальной

вибрации соответствовало классу 3.4 ст.; по тяжести трудового процесса – классу 3.1 ст. и по шуму – классу 3.3 ст.

Направлен в ЦПП с предварительным диагнозом: вибрационная болезнь. При поступлении предъявлял вышеописанные жалобы. По данным клинического и соответствующего инструментального обследований (КТМ, ХП, определения ВЧ, Rg-графия суставов верхних конечностей, СЭНМГ) у пациента была диагностирована ВБ I ст.

В связи с жалобами на снижение слуха консультирован ЛОР-врачом: ЛОР-статус – без патологии; шёпотная речь 4 м/5 м. Показатели тональной аудиометрии: потеря слуха на частотах 250, 500, 1000, 2000, 4000 и 8000 Гц в дБ составляла справа для воздушной проводимости 10, 15, 20, 20, 35 и 75 дБ и для костной проводимости – 0, 5, 20, 20, 30 и 70 дБ соответственно и слева для воздушной проводимости – 5, 10, 15, 15, 30 и 60 дБ и для костной проводимости – 0, 5, 15, 15, 30 и 50 дБ соответственно.

? № 20,01. Если:

1 НСТ 0 ст. (отдельные признаки воздействия шума);

2 НСТ 0-I ст.;

3 НСТ I ст.

и если:

4 восприятие звука правым ухом;

5 восприятие звука левым ухом,

то состоянию слуховой функции у пациента соответствует:

A: 1,4 и 1,5;

B: 2,4 и 2,5;

C: 3,4 и 3,5;

D: 3,4 и 2,5;

E: 2,4 и 1,5.

? № 20,02. Поскольку подавалось извещение только о предварительном диагнозе вибрационной болезни, а теперь выявлены нарушения функции звуковосприятия, извещение о подозрении на профессиональный генез НСТ подавать:

A: надо;

B: не надо.

? № 20,03. Генез выявленного нарушения слуха:

A: общесоматический;

B: профессиональный;

C: обсуждения генеза преждевременно и необходимо динамическое наблюдение.

? № 20,04. Пациент динамическому наблюдению в ЦПП:

A: подлежит;

B: не подлежит.

? № 20,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 21.

Д-ин А.А., 1955 г.р. (54 года), обследован в ЦПП 22.06 – 07.07.2012 г. История заболевания: пациент с 1985 г. по настоящее время работал на металлургическом предприятии в профессии дробильщика, подвергаясь воздействию шума, предположительно превышающего ПДУ.

Снижение слуха появилось с началом 2000-х годов. К ЛОР-специалисту не обращался. В медицинской карте амбулаторного больного указаны диагнозы только ПОХ и хронического простатита.

По результатам ПМО показатели шёпотной речи и аудиометрии: в 2004 году – 5 м/5 м, НСТ 0 ст.; в 2006 году – 5 м/5 м, НСТ 0-I ст.; в 2008 году – 4 м/4 м, НСТ 0-I ст.; в 2009 году – 4 м/4 м, НСТ I ст.; в 2010 году – 3,5 м/4 м и НСТ I ст.; в 2011 году – 3 м/3,5 м, НСТ I ст. Заподозрен профессиональный генез НСТ, запрошена и получена СГХ рабочего места, согласно которой по всему профмаршруту уровень шума составлял 90-92 дБ (класс 3.2 ст.). Направлен на экспертизу связи нейросенсорной тугоухости с профессией.

При поступлении в ЦПП: жалобы на снижение слуха, шум в ушах. АД – 134/78 мм рт. ст. ЛОР-статус – без патологии. Шёпотная речь – 2,5-3 м 3,0 м. Показатели тональной аудиометрии: потеря слуха на частотах 250, 500, 1000, 2000, 4000 и 8000 Гц в дБ составляла справа для воздушной проводимости 10, 15, 20, 20, 45 и 75 дБ и для костной проводимости – 5, 10, 15, 20, 45 и 70 дБ соответственно и слева для воздушной проводимости 10, 20, 20, 25, 55 и 70 дБ и для костной проводимости – 10, 15, 15, 20, 40 и 70 дБ соответственно.

При проведении надпороговых тестов выявлен феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ): показатель дифференциального порогового восприятия силы звука при 40дБ составил над порогом 0,5 дБ.

По РЭГ – без признаков дефицита мозгового кровотока.

На глазном дне – нерезко выраженные склеротические изменения артерий. Венозный отток сохранён. ЭКГ – метаболические изменения.

? № 21,01. При тональной аудиометрии средняя величина потери слуха на частоты 500, 1000 и 2000 Гц для НСТ I ст. составляет:

A: <5 дБ;

B: =>5-<10 дБ;

C: =>10-<15 дБ;

D: =>15-<20 дБ.

? № 21,02. Если при кохлеарном уровне нарушения звуковосприятия оно начинается со снижения восприятия высокочастотных звуков, то использование шёпотной речи при скрининговых исследованиях объясняется:

A: малой интенсивностью звука при шёпотной речи;

B: преимущественно высокочастотным спектром звука при шёпотной речи по сравнению с разговорной речью;

C: практическими трудностями исследования восприятия разговорной речи, требующими помещения значительной протяженности.

? № 21,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 22.

О-ов С.С., 1958 г.р. (54 г.), обследован в ЦПП 05.08 – 24.08.2012 г. История болезни: по копии трудовой книжки начало трудового стажа – с 1978 г. в подземных условиях в разных профессиях. С 2011 г. и по настоящее время работает на поверхности машинистом котла. Во всех указанных профессиях можно предполагать тяжелый физический труд.

Боли в локтевых суставах появились с 2005 года. В 2007 г. на ПМО выявлена тенденция к НФС в локтевых суставах, рекомендовано обследование в ЦПП, которое не было выполнено. На последующих ПМО НФС в локтевых суставах подтверждалось, но на обследование в ЦПП работник не поступал. К 2011 г. заподозрен профессиональный генез ДОА, запрошена и получена (май 2012 г.) из Роспотребнадзора СГХ рабочего места обследуемого. Из СГХ известно, что в подземных условиях работал в 1978 – 2011 гг.: МГВМ (1978 – 6 мес.; 1980-1981; 1985 – 2011 гг.); ГРОЗ (1978 – 6 мес.; 1981 – 1985 гг.). Работа в профессии ГРОЗ по параметрам тяжести трудового процесса, включая статическую и динамическую нагрузку, соответствовала классу 3.2 ст. В профессии МГВМ только наклоны корпуса и нахождение в неудобной позе превышали ПДУ, соответствуя классу 3.2 ст. В профессии машиниста котла (с 2011 г.) из показателей тяжести трудового процесса превышение ПДУ также относилось только к наклонам корпуса и нахождению в неудобной позе.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в локтевых суставах, усиливающиеся при нагрузках, слабость в руках, болезненные тонические судороги в мышцах рук. Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; динамометрия справа – 20 кг, слева – 16 кг; движения в суставах рук болезненные, объём движений ограничен в правом локтевом суставе; чувствительных расстройств нет; сухожильные рефлексы низкие, равные. КТМ кистей – 31,1-32,8⁰С.

Архивные Rg-граммы локтевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых суставов II ст., двусторонний эпикондилёз плечевых костей; признаков остеопороза не выявлено. Консультация ортопеда: объём движений в локтевых суставах: справа – 170-50°, слева – 180-40°.

? № 22,01. Профпатологическая служба, заподозрившая профессиональный генез ДОА локтевых суставов и направившая в Роспотребнадзор извещение о предварительном диагнозе профессиональных ДОА локтевых суставов, содержание полученной СГХ:

А: должна знать;

В: не должна знать.

? № 22,02. Направление первичным звеном профслужбы работника на экспертизу связи заболевания с профессией в случае отсутствия по СГХ вредных факторов на рабочем месте работника:

А: правильно;

В: ошибочно;

С: в таких случаях направление в ЦПП необходимо согласовывать со структурами Роспотребнадзора, написавшими СГХ.

? № 22,03. Экспертиза связи заболевания с профессией в случае условий труда по СГХ класса 2 в пользу профессионального генеза заболевания:

А: абсолютно невозможна;

В: возможна.

? № 22,04. Если:

1 правый локтевой сустав;

2 левый локтевой сустав

и если:

3 нарушение функции сустава нет;

4 нарушение функции сустава I ст.;

5 нарушение функции сустава II ст.,

то функциональная способность локтевых суставов соответствует:

А: 1,4 и 2,4;

В: 1,4 и 2,5;

С: 1,5 и 2,4;

Д: 1,5 и 2,5;

Е: 1,4 и 2,3;

Ф: 1,5 и 2,3.

? № 22,05. У пациента ДОА локтевых суставов по генезу является:

А: профессиональным;

В: общесоматическим.

? № 22,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 23.

А-ин Е.Д., 1965 г.р. (47 л.), обследован в ЦПП 11.09 – 25.09.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1987 – 1999 гг. работал проходчиком и с 2000 г. по настоящее время – сортировщик-сдатчик металла, подвергаясь предположительно тяжелому физическому труду все годы работы.

Анамнестически: боли в локтях стали беспокоить с началом 2000-х гг. Первое документированное в медицинской карте амбулаторного больного обращение – в 2007 г., когда лечился с ДОА правого локтевого сустава в течение 15 дней. В 2009 г. впервые на ПМО зафиксировано НФС в локтевых суставах. В 2010 г. лечился по поводу бурсита левого локтевого сустава в течение 13 дней.

В 2011 г. после ПМО прошёл обследование в ЦПП, где был установлен предварительный диагноз профессионального ДОА локтевых суставов. После получения СГХ рабочего места поступил на экспертизу связи заболевания с про-

фессией. Из СГХ известно, что по всему профмаршруту (1987 – 2012 гг., в целом – 25 лет) в профессиях проходчика и сортировщика металла подвергался воздействию функционального перенапряжения на руки классом 3.1-3.3 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в локтевых суставах, усиливающиеся при нагрузках, онемение рук до средней трети предплечий в покое.

Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; динамометрия: справа – 40 кг, слева – 33 кг; движения в суставах рук болезненные, ограничены в локтевых до I ст.; болезненные надмыщелки плечевых костей; чувствительных расстройств нет; симптом Тинеля – отрицательный; сухожильные рефлексy низкие, равные. КТМ – 30,8-32,1⁰С.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых суставов II ст.; лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов I ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; киста трапециевидной кости левого запястья; кистовидная перестройка в головках II-V пястных костей обеих кистей; остеопороза нет.

Консультация ортопеда: объём движений в локтевых суставах: справа – 160-50⁰ и слева – 160-45⁰.

? № 23,01. При функциональных нагрузках на руки изолированность поражения локтевых суставов (то есть без поражения также функционально нагружаемых лучезапястных и плечевых суставов) свидетельствует в пользу её:

A: возрастного (инволютивного) генеза;

B: профессионального генеза.

? № 23,02. Степень нарушения функции локтевых суставов:

A: 0-I;

B: I;

C: I-II;

D: II.

? № 23,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 24.

Е-ов С.В., 1967 г.р., (50 л.), обследован в ЦПП 29.01 – 04.03.2013 г. История заболевания: пациент работал с 1989 г. в разных профессиях – подземным электрослесарем, ГРОЗ, токарем, клеймовщиком металла, слесарем, слесарем-монтажником, и в последней профессии – слесарем по ремонту шахтного оборудования – продолжает работать в настоящее время. В указанных профессиях подвергался предположительно воздействию тяжелого физического труда и функционального перенапряжения на верхние конечности.

Анамнестически: боли в плечевых и локтевых сустава появились с началом 2000-х годов; за медицинской помощью не обращался. В январе 2008 г. после резкого разгибания правого локтевого сустава в нём появилась резкая боль; через

несколько дней был прооперирован по поводу хондроматоза правого локтевого сустава (имеется выписка). В 2010 и 2011 гг. лечился амбулаторно по поводу ДОА коленных, лучезапястных и локтевых суставов.

В 2012 г. при проведении ПМО в связи с жалобами на боли в локтевых и плечевых суставах и тенденцией к нарушению функции в локтевых суставах возникло предположение о возможно профессиональном генезе ДОА. Направлен в ЦПП для оценки профпатологической ситуации.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в суставах рук, особенно справа, усиливающиеся при нагрузках, онемение внутреннего края кистей и предплечий. Объективно: послеоперационный шрам над областью правого локтевого сустава; кисти гипотермичные, слегка цианотичные, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; движения в суставах рук болезненные, ограничены в локтевых суставах справа до I ст. и слева до 0-I ст.; болезненные при пальпации внутренние надмыщелки плечевых костей; гипестезия по полиневритическому типу до нижней трети предплечий; симптом Тинеля положительный в кубитальных каналах.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2012 год): ДОА правого локтевого сустава II-III ст. с выраженными костными разрастаниями, обызвествлениями; левого локтевого – I-II ст.; двусторонний эпикондилёз левой плечевой кости, внутренний эпикондилёз правой локтевой кости.

Консультация ортопеда: хондроматоз локтевых суставов с объёмом движений в правом $150-60^{\circ}$ и в левом – $170-40^{\circ}$.

? № 24,01. Работник направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 24,02. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как:

А: отдельные признаки воздействия функционального перенапряжения на верхние конечности;

В: предварительный диагноз: профессиональный ДОА локтевых суставов с нарушением их функции от функционального перенапряжения;

С: группа риска по развитию профессионального ДОА локтевых суставов;

Д: группа повышенного риска по развитию профессионального ДОА локтевых суставов.

? № 24,03. ВК по профпатологии без СГХ имела право вынести заключение:

А: о наличии у работника профессионального ДОА локтевых суставов от функционального перенапряжения;

В: о наличии оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов от функционального перенапряжения;

С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов;

Д: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов на верхние конечности;

Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ ВК по профпатологии не имеет права выносить какие-либо заключения.

? № 24,04. Предположение первичного звена о возможно профессиональном генезе патологии локтевых суставов у пациента:

А: не аргументировано;

В: аргументировано.

? № 24,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 25.

И-ко Н.В., 1967 г.р., (46 л.), обследована в ЦПП 17.05 – 30.05.2013 г. История болезни: согласно копии трудовой книжки пациентки с 1985 г. начала работала лаборантом химического анализа и позже – рентгеноспектрального и химического анализа в заводской лаборатории металлургического завода. Продолжает работать там же по настоящее время; работа связана с контактом с веществами предположительно с раздражающими и алергизирующими свойствами. К средствам защиты относятся резиновые перчатки, которые при работе часто рвутся.

По анамнезу – с 1996 г. стали периодически беспокоить зуд на кистях и высыпания. Но ещё за несколько лет до этого при приёме медикаментов (витамины группы В, дезсредства) отмечала появление уртикарной сыпи. В последующие годы проявлений лекарственной аллергии не было. В медицинской карте, которая ведётся с 1990 г., записей о наличии изменений на коже и обращаемости по поводу её заболевания нет. Периодические медицинские осмотры не проходила.

При проведении первого ПМО в 2008 г. дерматологом сделана запись о наличии у пациентки экземы. С этого же времени стала обращаться за медицинской помощью по 3-4 раза в год в связи с рецидивирующим течением экземы; проводилось только амбулаторное лечение. С годами развилась сухость кожных покровов на кистях, трещинки на коже подушечек пальцев. Дерматологом отмечено стихание обострения в период прекращения работы (отпуск или нахождение на больничном листе).

Весной 2012 г. первичным звеном профслужбы заподозрен профессиональный генез экземы. Направлена в ЦПП с аттестацией рабочего места от 2007 года, в которой указано, что в воздухе рабочей зоны содержатся гидрохлорид (водород соляной кислоты) и едкие щёлочи; каждый химический ингредиент на рабочем месте кратен ПДК 0,91-0,80 и по коэффициенту суммации их содержание не превышает ПДК. Диагноз направления – отдельные признаки воздействия химических реактивов в виде экземы.

В ЦПП проведены скарификационные пробы с бытовыми аллергенами с отрицательным результатом. Проводились исследования – кал на яйца глист (отрицательно); определение антител к антигенам токсокар (отрицательно); уровень IgE (5,8 МЕ/мл; норма); микологическое исследование на грибы соскобов с по-

верхности кистей и стоп (отрицателен); определение антител к АГ описторхий (отрицательно). В общем анализе крови при нормальном содержании лейкоцитов эозинофилы – 2%. Консультирована дерматологом больницы с заключением о рецидивирующей экземе кистей профессионального генеза. Заключение профпатологической ВК диагностировало подозрение на профессиональный генез рецидивирующей экземы. Было рекомендовано подготовить необходимый пакет документов для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. По получению СГХ из Роспотребнадзора направлена повторно в ЦПП. В СГХ указано, что в 1985 - 1994 гг. работала лаборантом химического анализа, а далее и по настоящее время – лаборантом рентгеноспектрального и химического анализа. При выполнении химического и рентгеноспектрального анализа концентрации раздражающих веществ – одни и те же (аммиак; водорода хлорид; едкие щелочи), каждое из которых не превышает ПДК. Кроме того, отмечен факт контакта с "высокоопасным аллергенным веществом" – двуххромовокислым калием, при наличии которого работа классифицируется как работа во вредных условиях по химическому фактору. Концентрация в воздухе рабочей зоны двуххромовокислого калия не указана. В дополнение к характеристике отмечено, что воздействию этого аллергена пациентка подвергается в течение всего более чем 27-летнего стажа работы лаборантом.

При поступлении: по заключению дерматолога – сухость кожи кистей; поверхностные трещины на дистальных фалангах кистей, гиперкератоз над межфаланговыми суставами, на радиальной части тыла кисти – геморрагические следы расчёсов кожи.

? № 25,01. Заключение дерматолога при первой госпитализации в ЦПП о профессиональном генезе экземы:

А: правомерно;

В: неправомерно.

? № 25,02. Дополнение к СГХ о количественном содержании на рабочем месте аллергена – двуххромовокислого калия:

А: требуется;

В: не требуется.

? № 25,03. Стихание клинических проявлений при разобщении с вредным фактором производства называется:

А: фактом элиминации;

В: фактом экспозиции;

С: фактом эрадикации;

Д: фактом "доза-зависимого ответа".

? № 25,04. Наличие лекарственной аллергии, предшествующей появлению экземы, профессиональный генез последней:

А: исключает;

В: делает маловероятным;

С: не исключает.

? № 25,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 26.

Г-ев В.В., 1964 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 02.02 – 13.02.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1987 г. до февраля 2011 года работал в подземных условиях в профессии МГВМ, ГРОЗ, выполняя тяжелую физическую работу, предположительно превышающую санитарно-гигиенические нормативы.

По медицинской карте амбулаторного больного, которая ведется с 1987 г., боли в шее и правом плечевом суставе появились с 1990 г., когда впервые лечился амбулаторно на б/л в течение 15 дней. Последующие обострения ШОХ с рефлекторными синдромами – в 1993, 1999, 2000, 2006, 2008 гг. с лечение на б/л по 8-14 дней. В 2010 г. после поднятия тяжести остро появилась резкая боль в левом плечевом суставе с потерей сознания; лечился дважды на б/л – 3 мес. и 3,5 мес. Из-за болевого синдрома нарушилась трудоспособность. В феврале 2011 г. была определена III группа инвалидности. За 2011 – 2012 гг. лечился стационарно с болями в левом плечевом суставе 1-2 раза в год. В ЦПП направлен впервые на консультацию для оценки профпатологической ситуации. В качестве ориентировочного (не предварительного) диагноза указан левосторонний ПЛП.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в шее и левом надплечье, левом плечевом суставе, усиливающиеся при движениях, онемение левой кисти, болезненные тонические судороги в мышцах левой руки. Объективно: движения в шее болезненные, отсутствует ротация влево. Движения в левом плечевом суставе резко ограничены из-за боли во всех направлениях. Гипестезия по дерматому С₈. Гипотрофия мышц левого надплечья.

Архивная МРТ шейного отдела позвоночника (2010 г.): имеются признаки дегенеративно–дистрофических изменений шейного отдела позвоночника. Грыжи дисков С₄₋₇. Спондилолистез С₃. Унковертебральный артроз, спондилоартроз.

МРТ левого плечевого сустава (2013 г.): внутримышечная липома надостной мышцы. Эностоз суставной впадины лопатки. Другой патологии не выявлено.

Консультация ортопедом: амплитуда движения в правом плечевом суставе во фронтальной плоскости – 180⁰; в сагиттальной – 180⁰ на 40⁰; и в левом плечевом суставе – 50⁰ и 100⁰ на 10⁰ соответственно.

? № 26,01. Движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

А: сгибание-разгибание;

В: отведение-приведение.

? № 26,02. Движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

А: сгибание-разгибание;

В: отведение-приведение.

? № 26,03. В норме амплитуда движения в плечевом суставе при его отведении-приведении должна быть:

А: не менее 240⁰;

В: не менее 220° ;
С: не менее 200° ;
D: не менее 180° ;
E: не менее 160° .

? № 26,04. Объём движения в правом плечевом суставе у пациента соответствует:

A: нормальному;
B: нарушению функции I ст.;
C: нарушению функции II ст.;
D: нарушению функции III ст.

? № 26,05. Объём движения в левом плечевом суставе у пациента соответствует:

A: нормальному;
B: нарушению функции I ст.;
C: нарушению функции II ст.;
D: нарушению функции III ст.

? № 26,06. У пациента ПЛП:

A: имеется;
B: отсутствует.

? № 26,07. Стойкий болевой синдром в левом плечевом суставе проявлением ШОХ у пациента:

A: является;
B: не является.

? № 26,08. ШОХ у пациента имеет генез:

A: профессиональный;
B: общий.

? № 26,09. У пациента профессиональная пригодность к работе:

A: сохранена;
B: потеряна.

? № 26,10. При неясности клинической картины заболевания проведение экспертизы связи заболевания с профессией:

A: правомерно;
B: неправомерно.

? № 26,11. В анализируемой ситуации ВК по профпатологии ЦПП имеет право принять решение в отношении:

A: наличия у пациента отдельных признаков воздействия функционального перенапряжения на верхние конечности;
B: предварительного диагноза ПЛП профессионального генеза;
C: заключительного диагноза ПЛП профессионального генеза;

Д: подозрения на ПЛП профессионального генеза;
Е: отсутствия у пациента оснований к подозрению на ПЛП профессионального генеза.

? № 26,12. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 27.

И-ев Л.И., 1953 г.р. (59 л.), Обследован в ЦПП 24.09 – 17.10.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1992 г. по настоящее время работает в профессии слесаря-ремонтника, сопряженной предположительно с тяжелой физической работой.

Анамнестически: боли в локтевых суставах беспокоят с середины 1990-х гг. Начало обращаемости с лечением эпикондилёза правой плечевой кости в течение 12 дней – в 1998 г. Повторное обращение с этим же диагнозом и лечение в течение 22 дней – в 1999 г. В последующем боли в локтевых суставах сохранялись, лечился самостоятельно втираниями мазей в область локтевых суставов. Наметившемуся снижению объёма движения в локтевых суставах в течение последних лет внимания не придавал. По данным ПМО признавался годным к работе.

В 2011 году направлен с ПМО на консультацию в ЦПП, где выставили предварительный диагноз ДОА локтевых суставов профессионального генеза. Поступил повторно на экспертизу связи заболевания с профессией, имея СГХ, в которой указано, что по всему профмаршруту с 1992 г. по настоящее время (т.е. в течение 20 лет) в профессии слесаря-ремонтника подвергался функциональному перенапряжению на руки классом 3.2 ст. Профессиональный стаж до 1992 г. протекал не во вредных условиях труда.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в крупных суставах рук, усиливающиеся при нагрузках; слабость в руках; онемение кистей в покое; повышенная чувствительность рук к холоду; болезненные тонические судороги в пальцах рук.

Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; динамометрия: справа – 18 кг, слева – 10 кг; движения в суставах рук болезненные, объём движений снижен в локтевых суставах ($d > s$); болезненные надмышцелки плечевых костей; гипестезия по полиневритическому типу до локтя; симптом Тинеля отрицательный; сухожильные рефлекссы низкие, равные.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых суставов – II ст.; плечевых, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов – I ст.; двусторонний ПЛП; эпикондилёз плечевых костей; кисты шиловидных отростков лучевых костей; признаков остеопороза не выявлено.

Консультация ортопеда – объём движений в локтевых суставах: справа 160-65⁰ и слева 165-60⁰.

Стимуляционная ЭНМГ: СРВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 43,8-56,5 м/сек.; терминальная латентность по срединным нервам – 5,2 мс.

КТМ – 33,5 - 35,1⁰С. При ХП побеление фаланг не произошло, но время восстановления исходной T⁰ значительно пролонгировано. ВЧ – в норме. РВГ – ПК снижено на кистях; спазм артерий, венозный отток затруднен.

? № 27,01. При функциональных нагрузках на руки изолированность развития НФ в локтевых суставах (т.е. без НФ также функционально нагружаемых лучезапястных и плечевых суставов) свидетельствует о ДОА в локтевых суставах:

А: общесоматического (возрастного) генеза;

В: профессионального генеза;

С: некой специфической (травматической, ревматоидной, псориатической и прочей) природы ДОА.

? № 27,02. По объёму движений у пациента НФ в локтевых суставах степени:

А: 0-I;

В: I;

С: I-II;

Д: II.

? № 27,03. 6-летний стаж работы в условиях функционального перенапряжения на руки для дебюта профессиональных ДОА является:

А: недостаточным;

В: достаточным.

? № 27,04. Терминальная латентность срединных нервов:

А: снижена;

В: нормальна;

С: повышена.

? № 27,05. Скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

А: практически нормальная;

В: несколько снижена;

С: явно снижена.

? № 27,06. Инструментальное исследование периферической нервной системы продиктовано:

А: стандартной схемой обследования работников тяжелого физического труда;

В: ДОА локтевых суставов.

? № 27,07. У пациента заболевание локтевых суставов с НФС в них является заболеванием:

А: профессиональным;

В: общим.

? № 27,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 28.

П-ов А.М., 1968 г.р. (43 л.), обследован в ЦПП 20.10 – 03.11.2011 г. История заболевания: пациент с 1995 г. по настоящее время работает в подземных условиях то ГРП, то слесарем–ремонтником, то горным мастером. Работа сопряжена с функциональными нагрузками на руки, предположительно превышающими санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: боли в локтевых суставах возникли с конца 1990-х годов. В 1999 г. впервые лечился у ортопеда; тогда по Rg-граммам локтевых суставов выявлен хондроматоз локтевых суставов. С 2000 г., со слов пациента, началось нарушение функции локтевых суставов, но первая документированная запись о НФ в них появилась в результатах ПМО 2007 г. Продолжал работать.

Профессиональный генез НФ локтевых суставов заподозрен первичным звеном профпатологии в 2010; тогда запрошена и получена от Роспотребнадзора СГХ рабочего места. По СГХ известно, что с 1995 по январь 2009 г. при работе в профессиях ГРП, слесаря–ремонтника функциональные нагрузки на руки соответствовали классу 3.2 ст. С января 2009 г. работает подземных горным мастером. В этой профессии нагрузки на руки соответствуют классу 2.

Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. При поступлении: жалобы на ограничение объёма движений в локтевых суставах. Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; кистевая динамометрия справа – 35 кг, слева – 41 кг; объём движений в локтевых суставах рук значительно снижен, больше в правом. Чувствительных расстройств нет; симптом Тинеля отрицательный; сухожильные рефлексy низкие, равные.

Архивные Rg-граммы локтевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых суставов III ст., массивные костно-хрящевые разрастания в проекции локтевых суставов; обызвествление капсул локтевых суставов в передних и задних отделах; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; локтевые шпоры; кистовидная перестройка суставных поверхностей сочленяющихся поверхностей костей.

Консультация ортопеда: объём движений в локтевых суставах: справа – 130-100° и слева - 160-60°.

? № 28,01. У пациента нарушение функции правого локтевого сустава:

А: I ст.;

В: II ст.;

С: III ст.

? № 28,02. У пациента нарушение функции левого локтевого сустава:

А: I ст.;

В: II ст.;

С: III ст.

? № 28,03. Подозрение на профессиональный генез НФС:

А: аргументировано;

В: необосновано.

? № 28,04. Заболевание локтевых суставов с НФС в них является заболеванием:

А: профессиональным;

В: общесоматическим.

? № 28,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 29.

П-ов М.П., 1954 г.р. (57 л.), обследован в ЦПП 12.04 – 25.04.2011 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1985 г по 2005 г работал ГРОЗ; с 2006 г. по настоящее время – машинист буровых установок (МБУ). В каждой из профессий имелся тяжелый физический труд и вибрация, предположительно превышающие санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: боли в левом суставе появились с 2000 г.; боли в правом локтевом суставе и онемение присоединилось через 2-3 года. За медицинской помощью не обращался.

В 2007 г. на ПМО выявлено НФ в локтевых суставах; было высказано подозрение на профессиональный генез ДОА и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места (2007 г.).

Однако тогда пациент в ЦПП не поступил. Повторно первичным звеном профпатологии направлен в ЦПП в 2011 г. При этом пациент имел не только СГХ от 2007 г., но и дополнение к ней, выданное Роспотребнадзором от 2011 г. По СГХ и дополнению к ней из параметров трудового процесса, превышающих ПДУ в течение всего 26-летнего стажа, отмечены только неудобная рабочая поза и наклоны корпуса, соответствуя классу 3.2 ст. Параметры локальной и общей вибрации в профессии МБУ соответствовали классу 2.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в суставах рук, особенно в локтевых, усиливающиеся при нагрузках; онемение 4-5 пальцев и ульнарного края предплечий периодически; повышенная чувствительность рук к холоду, слабость в руках.

Объективно: кисти гипотермичные с выраженным цианозом; нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 5 сек.; движения в суставах рук болезненные, ограничены в левом локтевом; болезненные надмышечки плечевых костей; гипестезия в проекции локтевых нервов; симптом Тинеля – отрицательный; сухожильные рефлексы живые, равные; кистевая динамометрия справа – 23 кг, слева – 19 кг.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых, межфаланговых суставов II ст.; плечевых, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых – I ст.; двусторонний ПЛП; эпикондилёз плечевых костей; локтевые шпоры; кистовидная перестройка в медиальном блоке правой плечевой кости и основании правой локтевой кости; признаков остеопороза нет. Консультация ортопеда: объём движений в левом локтевом суставе 165- 45⁰, в правом – 180-35⁰.

РВГ – ПК снижено, особенно на кистях, тонус артерий в норме, венозный отток затруднен.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 22,9-32,7 м/сек.; по локтевым нервам – 54-57 м/сек; терминальная латентность – в норме.

КТМ – 33,4-32,6⁰С. ХП – отрицательная, значительно пролонгированная. ВЧ – в норме.

? № 29,01. У пациента нарушение функции левого локтевого сустава:

А: I ст.;

В: II ст.;

С: III ст.

? № 29,02. Подозрение на профессиональный генез ДОА левого локтевого сустава, высказанное первичным звеном профпатологии:

А: аргументировано;

В: не обосновано.

? № 29,03. Направление работника в ЦПП на экспертизу связи ДОА с профессией при указании в СГХ функционального перенапряжения на руки класса 2:

А: правомерно;

В: ошибочно.

? № 29,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 30.

Б-ов А.Ф., 1957 г.р. (52 г.), обследован в ЦПП 13.08 – 31.08.2009 г. История заболевания: пациент с 1975 г. по настоящее время работает на различных шахтах в профессии подземного электрослесаря, подвергаясь воздействию тяжёлого физического труда, предположительно превышающего санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: последние годы отмечал артралгии в локтевых суставах, за медицинской помощью не обращался. Медицинская карта амбулаторного больного не содержит никакой информации в отношении патологии костно-мышечной системы. При прохождении ПМО в 2008 г. выявлено нарушение функции в локтевых суставах. Направлен в ЦПП, имея на руках аттестацию рабочего места (АРМ) от 04.04.2005 г., согласно которой тяжесть трудового процесса обусловлена статическими и динамическими нагрузками на руки класса 3.2 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на боли в локтевых суставах, усиливающиеся обычно в покое, в ночное время; ограничение объёма движений в суставах. Объективно: движения в лучезапястных, локтевых и плечевых суставах болезненны; в локтевых суставах – ограничены. Болезненны при пальпации периартикулярные ткани локтевых и плечевых суставов; симптом "белого пятна" – 5 секунд; кисти теплые, естественной окраски, чувствительных расстройств нет.

Rg-граммы локтевых суставов: ДОА локтевых суставов II степени, форми-

рующиеся локтевые шпоры, наружный эпикондилёз плечевых костей, признаков остеопороза не выявлено.

Консультация ортопеда – движения в суставах болезненны, амплитуда движения в правом суставе – $170-50^{\circ}$ и в левом – $175-50^{\circ}$.

Лабораторные и биохимические показатели крови – нормальные показатели.

? № 30,01. Амплитуда движения в локтевых суставах в норме составляет:

A: $180-170^{\circ}$;

B: $170-150^{\circ}$;

C: $150-140^{\circ}$;

D: $140-120^{\circ}$.

? № 30,02. Изолированное поражение локтевых суставов с нарушением их функции при сохранности функции лучезапястных и плечевых суставов характерно для:

A: ДОА общего (возрастного) генеза;

B: ДОА профессионального генеза;

C: атипичной формы ревматоидного артрита.

? № 30,03. В анализируемой ситуации ВК по профпатологии ЦПП имеет право принять решение в отношении наличия у пациента:

A: отдельных признаков воздействия на верхние конечности функционального перенапряжения;

B: предварительного диагноза профессионального ДОА локтевых суставов;

C: заключительного диагноза профессионального ДОА локтевых суставов.

D: подозрения на профессиональный генез ДОА локтевых суставов;

E: отсутствия оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов.

? № 30,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 31.

С-ин Ю.А., 1961 (51 г.), обследован в ЦПП 28.04 – 05.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент 1985 – март 2012 гг. работал без перерыва в подземных условиях в разных профессиях – ГРП, ГРОЗ, проходчик, подвергаясь в течение 27 лет воздействию тяжёлого физического труда, охлаждающего микроклимата и вибрации, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Дискомфорт в левом предплечье, периодически судороги в кистях стал отмечать с 2010 г. Тогда лечился амбулаторно около 1 месяца с диагнозом ШОХ. В 2011 году при обращении с теми же жалобам лечился с диагнозом вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей.

В 2011 году после ПМО проходил обследование в ЦПП с заключением об отдельных признаках воздействия комплекса вредных факторов на руки; реко-

мендовалось динамическое наблюдение в ЦПП. Поступил в ЦПП повторно в связи с прекращением работы во вредных условиях и необходимостью оценки профпатологической ситуации к этому времени.

При поступлении: жалобы на боли в локтевых суставах при статических нагрузках, онемение рук до локтя, повышенная чувствительность рук к холоду, тонические судороги в мышцах левой руки. Объективно: кисти тёплые, слегка цианотичные, нормальной влажности. Симптом "белого пятна" – 3 сек. Кистевая динамометрия: справа – 36 кг, слева – 27 кг. Движения в суставах рук болезненные, но в полном объёме. Болезненность при пальпации латеральной надмыщелка левой плечевой кости. Гипестезия по полиневритическому типу до первой трети предплечья. Симптом Тинеля отрицательный. Сухожильные рефлексы живые, равные.

Архивные Rg-граммы кистей и локтевых суставов (2011 и 2012 гг.): деформирующие артрозы локтевых, межфаланговых суставов I ст., наружный эпикондилёз плечевых костей; эностозы средней фаланги 4 пальца левой кисти; киста шиловидного отростка левой локтевой кости; остеопороза не выявлено.

Стимуляционная ЭМГ: скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 35,3-43,8 м/сек., по срединным нервам – 57,2 м/сек; терминальная латентность по срединным нервам – 4,9 мс.

КТМ – 32,2-33,1⁰С. При ХП побеление пальцев не произошло Исходная температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения, через 10 мин и через 20 мин после пробы – 32,4; 8,7; 21,5; 33,1⁰С и левой кисти – 32,8; 7,4; 25,8; 33,0⁰С соответственно.

При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 8,0; 9,5 и 12,0 и слева – 7,5; 8,25 и 11,0 дБ.

РВГ – ПК значительно снижено на кистях, спазм артерий справа, венозный отток затруднен на кистях.

? № 31,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей нормальное;

4 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей замедлено,

то проба с охлаждением может быть оценена как:

А: 1+3;

В: 1+4;

С: 2+3;

Д: 2+4.

? № 31,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности

3 снижен;

4 нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

- A: 1+3 и 2+3;
- B: 1+3 и 2+5;
- C: 1+4 и 2+5;
- D: 1+4 и 2+4;
- E: 1+5 и 2+4;
- F: 1+5 и 2+3.

? № 31,03. Скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

- A: снижена;
- B: в норме;
- C: повышена.

? № 31,04. СРВ по двигательным волокнам срединного нерва:

- A: снижена;
- B: в норме;
- C: повышена.

? № 31,05. Терминальная латентность срединных нервов:

- A: снижена;
- B: в норме;
- C: повышена.

? № 31,06. У пациента клинически значимой является патология:

- A: мягких образований костно-мышечной системы (КМС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- B: костных образований КМС и ОДА;
- C: периферической нервной системы.

? № 31,07. ВК по профпатологии ЦПП без СГХ имеет право выносить заключение:

- A: о наличии у работника профессионального заболевания;
- B: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;
- C: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;
- D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;
- E: вопрос не корректен, поскольку без СГХ ВК по профпатологии не имеет права выносить какие-либо заключения.

? № 31,08. У пациента клиническая ситуация соответствует:

- A: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для постановки предварительного диагноза;
- B: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для подозрения на профессиональное заболевание;

C: отдельным признакам неблагоприятного воздействия вредных факторов;
D: состоянию, достаточному для исключения подозрения на профессиональное заболевание.

? № 31,09. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 32.

У-ва В.А., 1961 г.р. (50 л.), обследована в ЦПП 02.11 – 15.11.2011 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациентка с 1988 по 1998 гг. работала заточницей, а с 1999 г. по настоящее время работает на обдирке, точке и резке металлических изделий. Работа сопряжена с функциональными нагрузками на руки, предположительно превышающими санитарно-гигиенические нормативы.

По анамнезу боли в локтевых суставах появились с конца 1990-х годов. За медицинской помощью впервые обратилась в 2004 г.: тогда впервые лечилась амбулаторно на б/л в течение 22 дней по поводу эпикондилёза правой плечевой кости.

Повторные обращения с амбулаторным лечением зафиксированы в медицинской карте амбулаторного больного в 2007 и 2009 гг., причем в 2009 г. – дважды с лечением на б/л в течение 9 и 26 дней.

В 2010 г. пациентка направлена на консультацию в ЦПП, где заподозрен профессиональный генез эпикондилёза правой плечевой кости и было рекомендовано подготовить пакет документов для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Была запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, из которой известно, что с 1988 по настоящее время (1988 – 2010 гг.; в целом – 22 года ко времени написания СГХ) в профессиях заточником и рабочей, занятая на обдирке, точке и резке металлических изделий, то есть по всему профмаршруту, функциональное перенапряжение на руки соответствовало классу 3.1 степени.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в плечевом и локтевом суставах справа, усиливающиеся при нагрузках и движениях; онемение кистей в покое; повышенная чувствительность рук к холоду; слабость в руках, болезненные тонические судороги в пальцах рук.

Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 сек.; кистевая динамометрия – по 20 кг в обеих кистях; движения в суставах рук болезненные, в полном объёме; пальпаторно резко болезненен медиальный надмыщелок правой плечевой кости; сухожильные рефлексы низкие, равные; нарушения чувствительно не выявлено.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 41,4-53 и по моторным волокнам нервов на предплечьях 65-66 м/сек; повышена терминальная латентность срединных нервов.

Архивные Rg-граммы (2009 г.): деформирующие артрозы лучезапястных, седловидных суставов справа – II ст.; локтевых, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов слева – I ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых кос-

тей; эностоз головки проксимальной фаланги I пальца левой кисти; признаков остеопороза не выявлено.

РВГ – ПК значительно снижено, выраженный спазм артерий, венозный отток затруднен. КТМ – 30,7-32,1⁰С. При ХП побеления фаланг не наступило. Т⁰ III пальца правой кисти исходная, при охлаждении, через 20 и 60 мин после окончания пробы – 31,5; 7,4; 24,5; 30,0⁰С и на III пальце левой кисти – 31,0; 9,8; 27,2 и 30,2⁰С соответственно. При определении вибрационной чувствительности средние значения её порогов составляли на частоты 16, 63 и 500 Гц: справа – 6,8; 7,00 и 11,3 и слева – 5,9; 8,0 и 11,0 дБ.

? № 32,01. Для эпикондилёза профгенеза симметричность развития:

А: обязательна;

В: не обязательна.

? № 32,02. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 33.

Я-ко В.П., 1953 г.р. (59 л.), обследован в ЦПП 03.05 – 30.05.2012 г. История болезни: по копии трудовой книжки пациент с 1978 г. по март 2012 г. работал на шахте проходчиком, ГРП – в общей сложности 34 года – в условиях тяжёлого физического труда, воздействия вибрации и охлаждающего микроклимата, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Боли в локтевых суставах стали беспокоить с 2006 г., когда по записи в медицинской карте амбулаторного больного впервые лечился на б/л в связи с периартрозом правого локтевого сустава в течение 23 дней. В 2007 г. после ПМО прошёл в ЦПП обследование; был взят на динамическое наблюдение с отдельными признаками воздействия на верхние конечности комплекса вредных факторов производства (локальной вибрации, функционального перенапряжения, охлаждающего микроклимата).

В 2007, 2009 гг. лечился амбулаторно без б/л с диагнозом полинейропатии верхних конечностей. За 2010-2012 гг. обращений за медицинской помощью не было. В ЦПП направлен для оценки профпатологической ситуации в связи с прекращением работы во вредных условиях труда в 2012 году.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в локтевых суставах, усиливающиеся при нагрузках; онемение рук до локтя в покое; повышенная чувствительность рук к холоду; слабость в руках. Объективно: кисти тёплые, цианотичные, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 3 секунды; кистевая динамометрия справа – 25 кг, слева – 31 кг; движения в суставах рук болезненные, но в полном объёме; резко болезненные надмышцелки плечевых костей; нарушения чувствительности нет, сухожильные рефлексy низкие, равные.

Архивные Rg-граммы кистей и локтевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы правого локтевого сустава II степени; левого локтевого, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов – I ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; эностозы осно-

вания средней фаланги II пальца правой кисти, крючковатой кости правого запястья; кистовидная перестройка ладьевидной, трапециевидной костей левого запястья; признаков остеопороза не выявлено

РВГ – ПК значительно снижено, незначительный спазм артерий, венозный отток затруднён. КТМ – 34,4-35,2⁰С. При ХП побеление пальцев не произошло. Исходная температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения, через 10 мин и через 60 мин после пробы – 34,0; 7,1; 13,3; 26,1⁰С и левой кисти – 34,2; 6,5; 14,4; 27,2⁰С соответственно. При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 6,8; 10,00 и 11,0 и слева – 7,0; 8,5 и 11,5 дБ.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 19,5-34,6 м/сек и по моторным волокнам локтевых нервов – 43,6-48 м/сек. Терминальная латентность локтевых нервов – 5,1-4,7 мс.; амплитуда М-ответ локтевых нервов – 8,5-9,0 мВ.

? № 33,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей нормальное;

4 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей замедленно,

то проба с охлаждением может быть оценена как:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 2,3;

D: 2,4.

? № 33,02. Если

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и пороги вибрационной чувствительности:

3 снижены;

4 нормальны;

5 повышены,

то пороги ВЧ у пациента соответствуют:

A: 1,3 и 2,4;

B: 1,3 и 2,3;

C: 1,4 и 2,4;

D: 1,4 и 2,5;

E: 1,5 и 2,3;

F: 1,5 и 2,5.

? № 33,03. СРВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

A: снижена;

B: в норме;

C: повышена.

? № 33,04. СРВ по двигательным волокнам локтевого нерва:

А: снижена;

В: в норме;

С: повышена.

? № 33,05. Терминальная латентность локтевых нервов:

А: снижена;

В: в норме;

С: повышена.

? № 33,06. Амплитуда М-ответа локтевых нервов:

А: снижена;

В: в норме;

С: повышена.

? № 33,07. Клиническая ситуация соответствует преимущественному поражению:

А: костно-мышечной системы;

В: периферической нервной системы.

? № 33,08. ВК по профпатологии без СГХ имеет право выносить заключение:

А: о наличии у работника профессионального заболевания;

В: о наличии или отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

С: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

Д: о наличии у работника заболевания общесоматической природы;

Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют право выносить какие-либо заключения.

? № 33,09. У пациента клиническая ситуация соответствует:

А: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для постановки предварительного диагноза;

В: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для подозрения на профессиональное заболевание;

С: отдельным признакам неблагоприятного воздействия комплекса вредных факторов на верхние конечности.

? № 33,10. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 34.

Б-ов В.В., 1951 г.р. (62 г.), обследован в ЦПП 15.02 – 07.03.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в течение 1973-2009 гг. работал

в профессиях, связанных с тяжелым физическим трудом: электросварщик, газо-электросварщик и кузнец-штамповщик.

Анамнестически: боли в правом плечевом суставе появились в 2001 г. Первоначально за медицинской помощью не обращался. С 2007 г. боли стали носить постоянный характер, и в этом же году впервые лечился амбулаторно в течение 20 дней на больничном листе с диагнозом ПЛП справа. В 2008 г. лечился с данной патологией дважды (1 и 4,5 месяцев). В 2009 г. была определена III группа инвалидности; пациент перестал работать. В 2010, 2011 гг. боли и ограничение объёма в правом плечевом суставе сохранялись, амбулаторно лечился по 2 раза в год.

В 2011 году общелечебной сетью заподозрен профессиональный генез заболевания сустава. Пациент проконсультирован районным профпатологом, был установлен предварительный диагноз: периартроз и ДОО правого плечевого сустава профессионального генеза. После получения СГХ и купирования очередного обострения направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. В СГХ рабочего места указано, что весь 35-летний стаж (1973 – 2009 гг.) во всех профессиях сопровождался функциональным перенапряжением рук класса 3.1 ст.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в правом плечевом суставе, усиливающиеся при движениях с иррадиацией в правую руку; хруст в правом плечевом суставе. Объективно: движения в правом плечевом суставе болезненные, ограничены в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Справа: болезненны периартикулярные ткани плечевого сустава; гипестезия по полиневритическому типу до нижней трети предплечья. Сухожильные рефлексy низкие, равные.

Архивные Rg-граммы плечевых суставов (2012 г.): деформирующие артрозы плечевых суставов I ст., энстоzy головки правой плечевой кости, подбугорковый остеопороз. В ЦПП выполнена МРТ плечевых суставов: остеоартроз правого плечевого сустава I ст., акромиально-ключичного сустава II-III ст.; частичный внутрисуставной разрыв сухожилия надостной мышцы. В левом плечевом суставе – остеоартроз I ст., в акромиально-ключичном суставе – остеоартроз II степени.

Консультация ортопеда: объём движений в правом плечевом суставе: отведение и сгибание до 40° . В левом плечевом суставе функция сохранена.

? № 34,01. Если движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

1 отведение-приведение;

2 сгибание-разгибание

и если нормальная граница движения его в этой плоскости составляет:

3 $180-90^{\circ}$;

4 $180-40^{\circ}$;

5 $180-0^{\circ}$,

то сохранённой функции соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

Е: 2,4;
F: 2,5.

? № 34,02. Если движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

1 отведение-приведение;
2 сгибание-разгибание

и если нормальная граница движения его в этой плоскости составляет:

3 $180-90^{\circ}$;
4 $180-40^{\circ}$;
5 $180-0^{\circ}$,

то сохранённой функции соответствует:

A: 1,3;
B: 1,4;
C: 1,5;
D: 2,3;
E: 2,4;
F: 2,5.

? № 34,03. Направление на экспертизу связи заболевания с профессией:

A: своевременное;
B: запоздалое.

? № 34,04. Экспертиза профпригодности в связи с нахождением пациента на пенсии:

A: не требуется;
B: требуется.

? № 34,05. Асимметричное поражение плечевых суставов профессиональный генез заболевания:

A: исключает;
B: не исключает.

? № 34,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 35.

П-ев А.Н., 1957 (52 г.), обследован ЦПП 16.03 – 31.03.2011 г. История заболевания: согласно копии трудовой книжки пациент с 1987 по 2009 гг. работал на разных шахтах в разных профессиях(МПУ, МГВМ), подвергаясь воздействию предположительно тяжелого труда с функциональными нагрузками на верхние конечности. В июле 2009 г. трудоустроен слесарем-ремонтником на поверхности.

Анамнестически: боли в суставах рук стали беспокоить с 2005-2006 гг. По медицинской карте амбулаторного больного обращаемость началась с 2009 г. в связи с АГ и ИБС. За один год было два обращения в поликлинику с указанными диагнозами; получал амбулаторное лечение. В связи, вероятно, с ГБ и ИБС был

трудоустроен на поверхности. При этих обращениях констатировались жалобы на боли в суставах верхних и нижних конечностей с некоторым нарушением функции в локтевых суставах.

В связи с суставным синдромом в июле 2010 г. прошёл обследование в ЦПП на предмет вибрационной болезни. По АРМ от 2008 г. на рабочем месте локальная и общая вибрация классом 3.2 ст. и 3.1 ст. соответственно. Тогда границы движения в правом локтевом суставе составляли 170-40⁰ и в левом – 180-30⁰. Ортопедом диагностировался ДОА и контрактура правого локтевого сустава. По результатам обследования диагностирован ДОА правого локтевого сустава, рекомендовано подать извещение о предварительном диагнозе профессионального ДОА. К декабрю 2010 г. получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места. Согласно характеристике, по всему профмаршруту в профессиях МПУ, МГВМ и слесаря-ремонтника класс условий труда по параметрам тяжести трудового процесса оценен как 2. Экспертиза связи ДОА с профессией была назначена на апрель 2011 года.

Однако с началом декабря у пациента появились выраженные боли во всех суставах верхних конечностей, их припухание. После 2 месяцев безуспешного лечения в амбулаторных условиях пациент в феврале 2011 г. был госпитализирован в терапевтическое отделение с основным диагнозом: псориатическая артропатия II степени активности с поражением суставов верхних и нижних конечностей. Сопутствующее – гипертоническая болезнь (ГБ), ИБС, ожирение. В анамнезе выяснился факт появления небольших псориатических бляшек на волосистой части головы и на голени с 2009 года.

При поступлении в апреле в ЦПП: жалобы на постоянные боли в суставах рук, особенно в локтевых, усиливающиеся в покое, тугоподвижность в суставах конечностей по утрам, слабость в руках, боли в коленных суставах и стопах при нагрузках.

Объективно: кисти тёплые, отечные, цианотичные, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 4 сек.; динамометрия: справа – 5 кг, слева – 6 кг; движения в суставах рук болезненные, ограничены в локтевых суставах до I ст.; значительно болезненные периартикулярные ткани суставов рук; лёгкая гипестезия по полиневритическому типу до нижней трети предплечья; симптом Тинеля отрицательный; сухожильные рефлексы живые, равные; псориатические бляшки волосистой части головы, на передней поверхности голени, в паховой области.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы локтевых, пястнофаланговых суставов – II ст.; лучезапястных, седловидных, межфаланговых суставов – I ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; киста дистального эпифиза левой локтевой кости, головки проксимальной фаланги I пальца левой кисти, трапециевидной кости правого запястья; признаков остеопороза не выявлено.

Консультация ортопеда: объём движений в правом локтевом суставе 170-40⁰, в левом 170-30⁰. КТМ – 33,9–34,6⁰С. При проведении ХП побеления фаланг не наступило, но время нормализации температуры было замедленно. При опре-

делении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц были значительное повышены на обоих кистях. РВГ – ПК снижено, спазм артерий кистей, венозный отток затруднен на кистях.

? № 35,01. Направление работника в ЦПП на экспертизу связи ДОА локтевых суставов с профессией при указании в СГХ функциональных перенапряжений на руки класса 2:

А: правомерно;

В: не обосновано.

? № 35,02. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 36.

Л-ин А. А., 1961 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 26.08 – 16.09.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1982 г. работает в шахте, вначале ГРП несколько лет и в последующем подземным электрослесарем по настоящее время, испытывая воздействия запылённости и физического труда, предположительно превышающих ПДУ.

По анамнезу эпизоды синкопальных состояний однократно отмечались в 2000, 2002 гг. и дважды в июне 2012 г. Приступы потери сознания возникали по утрам после вставания с постели, не были связаны с поворотами головы. Приступам предшествовали ощущение дискомфорта в грудной клетке, тошноты; успевал предупредить близких о своём состоянии. Синкопа продолжалась 1-2 минуты. В постсинкопальном периоде чётко осознавал, что произошло, чувствовал слабость, потливость. Самочувствие быстро нормализовалось после обеспечения доступа свежего воздуха, вдыхания нашатырного спирта.

Дебют шейного остеохондроза с проявлениями плечелопаточного периартроза слева, по записи в амбулаторной карте – с 2005 г. В последующем обострения в 2007 г. (б/л × 33 дня) и с мая 2012 г., с которым лечится до настоящего времени.

В связи с синкопальными эпизодами проведен ряд обследований: ЭхоКГ (26.07.2012 г.) – без патологии; ЭЭГ (26.07.2012 г.) – Ері-активности нет; нейродинамически – компенсация. РЭГ (26.07.2005 г.) – пульсовое кровоснабжение в ВББ и БК достаточное, дистония по гипертоническому типу. Венозное полнокровие. Позиционной зависимости нет. МРТ шейного отдела позвоночника (18.07.2012 г.): шейный остеохондроз С₂₋₇. Выявлены задняя широкая протрузия диска С₆₋₇ с компрессией переднего субарахноидального пространства. Грыж дисков не найдено.

Первичным звеном профпатологии заподозрен синдром позвоночной артерии вертеброгенного генеза. Подано извещение о предварительном диагнозе профессионального заболевания: рефлекторных синдромов шейного уровня с синдромом позвоночной артерии. Получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, в которой указано, что пациент в профессии ГРП работал в 1989 – 1991 гг. с физическими нагрузками на руки и плечевой пояс класса 3.2 ст. и с 1991 г. по

настоящее время – в профессии подземного электрослесаря с прежними вредными факторами класса 3.3 ст. Общий стаж работы в указанных вредных условиях труда составил 23 года.

При поступлении в ЦПП: кожные покровы бледные; кисти, стопы холодные. Лабильность АД до 20 мм рт. ст. в пределах 3-5 мин; черты тревожной мнительности. Ортостатическая проба Шеллонга – положительная на пограничном уровне, т.е. не более 20 мм рт. ст. (проведена трижды). Черепно-мозговые нервы – без патологии. Движения в шейном отделе ограничены I ст., болезненны мышцы в надлопаточной области слева. Сухожильные рефлексы с рук средней живости, d=s. Чувствительных расстройств – нет. Точки позвоночной артерии – безболезненны. Синдром "вибрационной отдачи" – отрицателен. Движения в плечевых и локтевых суставах безболезненные, в полном объёме.

Повторная РЭГ (13.09.2012 г.) – признаки недостаточности кровоснабжения в бассейне позвоночных артерий, больше справа по рефлекторно-гипертензивному типу. Rg-грамме шейного отдела позвоночника: шейные рёбра у С₇ справа I, слева II ст. Снижение высоты межпозвонковых дисков С₂₋₇, с субхондральным склерозом тел смежных позвонков и краевыми костными разрастаниями. Скошенность передне-верхних углов тел позвонков С₃, С₄, С₅. При сгибании тела С₂, С₃ на 1 мм. смещаются кпереди, при разгибании они устанавливаются в нормальное положение. При разгибании С₄ на 1 мм смещаются кзади, при сгибании смещение устраняется. Унковертебральные артрозы С₃₋₇. В косой (3/4) проекции – унковертебральные артрозы С₃₋₇ с умеренно выраженной деформацией межпозвонковых отверстий с обеих сторон.

Дуплексное сканирование ветвей дуги аорты от 19.09.2012 г.: сонные артерии с обеих сторон проходимы, комплекс "интима-медиа" не изменён. Позвоночные артерии с обеих сторон в сегменте V2 стенозированы, линейная скорость кровотока снижена справа на 30-40%, слева на 50%. ЭКГ – ритм синусовый 62 в 1 минуту, без выраженных изменений в миокарде.

Общий анализ крови: Hb – 156 г/л, L – $6,8 \cdot 10^9$ /л; формула белой крови нормальная.

? № 36,01. Течение рефлекторных синдромов шейного уровня у работника:

A: прогрессивное;

B: непрогрессивное;

C: регрессивное.

? № 36,02. Рефлекторные синдромы шейного уровня:

A: профессионального генеза;

B: общесоматического генеза.

? № 36,03. У пациента синдром позвоночной артерии:

A: имеется;

B: отсутствует.

? № 36,04. Синкопальные приступы у пациента симптомом позвоночной артерии:

A: являются;

B: не являются.

? № 36,05. Нарушение мозговой гемодинамики по данным доплерсканирования экстракраниальных сосудов клинически значимыми:

А: являются;

В: не являются.

? № 36,06. У пациента противопоказания к работе во вредных условиях труда:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 36,07. Заключение о профпригодности без определения генеза заболевания – профессионального или общесоматического:

А: правомерно;

В: неправомерно.

? № 36,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 37.

А-ов В.Н., 1951 г.р., (57 л.), обследован ЦПП 08.05 – 19.05.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1977 по 2001 гг. работал в подземных условиях в разных профессиях, связанных с тяжелым физическим трудом, вибрацией и запыленностью, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормы.

Медицинская карта амбулаторного больного начинается с 1992 г. с обращения по поводу ШОХ и ПОХ (цервикалгия, торакалгия, люмбалгия) со стационарным их лечением в течение 26 дней. Последующая госпитализация на 17 дней – в 1995 г. (цервикалгия, межлопаточный болевой синдром, люмбалгия). В выписке этой госпитализации имеется запись о наличии у пациента ШОХ с 1974 г.

Последующие обострения ШОХ и ПОХ протекали также с форме рефлекторных синдромов: в 1996 г. (люмбалгия; б/л – 4 дня); в 1998 г. (стационарное лечение в течение 15 дней с цервикалгией, синдромом позвоночной артерии, люмбалгией); в 1999 г. (стационарное лечение в течение 18 дней с люмбоишиалгией слева), в 2000 г. (амбулаторное лечение в течение 8 дней с двухсторонней люмбоишиалгией).

В 2001 г. пациент прекратил работать. Несмотря на прекращение работы рецидивы ШОХ и ПОХ продолжались. По Rg-грамме шейного отдела позвоночника (декабрь 2006 г.): выявлены шейные ребра С₇; ШОХ С₂₋₆; при сгибании С₂ смещается кпереди на 1,5 см.; при разгибании он устанавливается в нормальное положение; передняя грыжа диска С₅₋₆; спондилоартроз сегментов С₂₋₆; спондилёз С₅₋₆ – I ст., унковертебральный артроз С₃₋₄, С₄₋₅, С₅₋₆.

В марте 2007 г. – стационарное лечение в течение 13 дней (цервико-краниалгия, ПЛП с 2-х сторон, шейная миелопатия, торакалгия, люмбалгия, компрессия

L₅ слева а также – цереброваскулярная болезнь; дисциркуляторная энцефалопатия); в мае того же года – опять стационарное лечение (12 дней; люмбалгия, цервикалгия).

МРТ шейного отдела позвоночника (август 2007 г.): врожденно узкий позвоночный канал; снижена высота диска C₅₋₆; умеренно выраженные краевые костные разрастания в телах позвонков C₅, C₆; минимальные задние протрузии в сегментах C₃₋₄ (0,15 см) и C₄₋₅, C₆₋₇ (0,1 см); признаков миелопатии не выявлено.

Тогда же на Rg-грамме поясничного отдела позвоночника – левосторонняя фиброзная сакрализация L₅; двучастное пульпозное ядро L₄₋₅; остеохондроз с L₁₋₂ до L₅-S₁; спондилоартроз всех сегментов; деформирующий спондилёз L₁₋₅ II ст.; межкостистый диартроз L₅-S₁.

Из сопутствующей патологии у пациента имеется артралгический синдром: боли в лучезапястных суставах появились с конца 1980-х годов. В 1992 г. – бурсит правого локтевого сустава, оперативное лечение. В течение последних 10 лет – боли в тазобедренных суставах и суставах стоп; в 1998 – стационарное лечение в течение 15 дней (ДОА суставов верхних и нижних конечностей без НФС).

Кроме того, у пациента с началом 2000-х г. возникли (по заключению кардиолога) ИБС, стенокардия напряжения, ФК II-III, предсердная экстрасистолия с параксизмальной активностью, ХСН I ст., ФК 2, гипертоническая болезнь II ст., АГ II ст., группа риска 4 на фоне ожирения.

В 09-10.2007 г. обследован в отделении ВТЭ. По совокупности заболеваний (вертеброгенная патология шейного грудного и поясничного уровней, ИБС, ГБ) признан инвалидом III группы.

По настоянию пациента направлен на обследование в ЦПП для признания заболеваний профессиональными. При направлении в ЦПП высказано подозрение на профессиональные заболевания: 1) шейную миелопатию, 2) рефлекторные синдромы поясничного уровня, 3) деформирующие артрозы локтевых, плечевых и коленных суставов.

При направлении в ЦПП имелась СГХ рабочего места (2008 г.), в которой было указано, что данные об условиях труда за 1977 – 1983 гг. остаются неизвестными; в 1983 – 1987 и 1989 – 1997 гг. пациент работал машинистом горных выемочных машин, тяжесть труда вызывалась лишь наклонами корпуса класса 3.1 ст. в сочетании с общей вибрацией класса 3.1 ст. В 1987 – 1989 гг. работал подземным электрослесарем, тяжесть труда класса 3.3 ст. была обусловлена подъемом и переносом тяжестей, наклонами корпуса; в 1997 – 2000 гг. был грузчиком угля в железнодорожные вагоны, тяжесть труда была обусловлена рабочей позой стоя класса 3.2 ст.; и в 2000 – 2001 гг. работал машинистом подземных установок, тяжесть труда в виде подъема тяжестей и физической динамической нагрузкой и наклонов корпуса была класса 2. То есть, во вредных условиях труда не работает с 2000 года.

При поступлении в ЦПП: объективно – движения в шейном и поясничном отделе ограничены I ст.; лордозы сглажены, сколиоз в поясничном отделе влево. Движения в суставах в полном объёме, с-м Довборна (+) справа. Тонус мышц обычный. Сухожильные рефлексы средней живости, d=s, патологических знаков

нет. Чувствительных расстройств на руках не выявлено, имеется общая гипалгезия. На ногах гипалгезия правой стопы при равных ахилловых рефlekсах и достаточной силе разгибателя I пальца стопы (возможно, последствие травмы лодыжки и м/берцовой кости).

СЭНМГ, ИЭМГ мышц верхних и нижних конечностей – признаков переднероговой нейронопатии не выявлено, признаки дисфункции проводящих путей спинного мозга с преобладанием нисходящих тормозных влияний; острой денервации мышц Peroneus longus и Gastrocnemius нет; СРВ по двигательным волокнам большеберцового нерва справа 54,3 м/сек (норма), снижена амплитуда его М-ответа, повышена латентность его F-волны без снижения её скорости.

? № 37,01. Если:

- 1 неврологическая симптоматика шейного уровня;
 - 2 неврологическая симптоматика поясничного уровня;
 - 3 хроническое рецидивирующее прогрессивное течение;
 - 4 хроническое рецидивирующее непрогрессивное течение,
- то клиническая ситуация соответствует:

- A: 1+4 и 2+4;
- B: 1+3 и 2+4;
- C: 1+4 и 2+3;
- D: 1+3 и 2+3.

? № 37,02. Симптоматика миелопатии шейного уровня:

- A: выражена манифестно;
- B: имеет лишь отдельные проявления;
- C: полностью отсутствует;
- D: необходимо проведение дополнительных обследований.

? № 37,03. Правосторонний ПЛП с положительным с-ом Довборна является:

- A: самостоятельным заболеванием, обусловленным тяжелым физическим трудом;
- B: периферической (внеverteбpогенной) формой проявления verteбpогенной патологии шейного уровня;
- C: проявлением полиостеоартроза возрастного (инволютивного) генеза.

? № 37,04. В случае полной уверенности первичного звена профпатологии в отсутствии подозрения на профессиональный генез заболевания, оно должно:

- A: отказать пациенту в направлении в ЦПП с тем предварительным диагнозом профессионального заболевания, на котором настаивает пациент;
- B: направить пациента в ЦПП с тем предварительным диагнозом профессионального заболевания, на котором настаивает пациент;
- C: направить пациента на консультацию к областной ЦПП.

? № 37,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 38.

Г-ва Л.А., 1967 г.р. (46 л.), обследована в ЦПП 25.02 – 04.03.2013 г. История заболевания: пациентка с 1985 г. по октябрь 2011 г. проработала в одной профессии – машинист крана на производстве, подвергаясь воздействию функционального перенапряжения на опорно-двигательной аппарат, предположительно превышающего санитарно-гигиенические нормы.

Анамнестически: боли в суставах рук появились в 2007 г. По медицинской карте амбулаторного больного в 2007 и 2008 года лечилась 2 раза в год по поводу эпикондилезов плечевых костей в течение 11 и 29 дней. В октябре 2008 г. появилось онемение в левой руке и через месяц была прооперирована по поводу компрессии корешка С₇ слева. По окончании послеоперационного восстановительного периода в начале 2009 г. вышла на прежнее место работы.

В феврале 2009 г. после ПМО прошла обследование, была взята на динамическое наблюдение. В том же, 2009 г., дважды лечилась с рефлекторными синдромами шейного уровня. В 2010 г. уже несколько раз лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу компрессии корешков С_{6,7} слева, ПЛП слева. В 2011 году определена II группа инвалидности.

При консультации в ЦПП высказано подозрение на профессиональный генез вертеброгенной патологии шейного уровня. После получения СГХ от Роспотребнадзора была направлена в ЦПП на экспертизу связи заболевания профессией. В СГХ указано, что весь 26-летний трудовой стаж в профессии машиниста крана (1985-октябрь 2011 гг.) протекал в условиях функционального перенапряжения плечевого пояса, отвечающего классу 3.2 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в шейном отделе позвоночника, межлопаточной области, надплечьях, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках; постоянные боли в плечевых суставах, усиливающиеся при движениях; боли в левом локтевом суставе, онемение рук, слабость в левой руке. Объективно: движения в шее болезненные, ограничены во всех направлениях II ст.; движения в плечевых суставах болезненные и ограничены I-II ст.; болезненны при пальпации периартикулярные ткани суставов левой руки; гипестезия по дерматому С₇ слева.

Архивная МРТ шейного отдела позвоночника (2011 г.): состояние после оперативного вмешательства на уровне позвонков С₅₋₇; двусторонние заднебоковые краевые костные разрастания С₅₋₆, С₆₋₇, воздействующие на боковые карманы; рецидива грыж дисков нет; дугообразный кифоз. Заключение: шейный остеохондроз С₂₋₃, С₃₋₄, С₄₋₅, С₅₋₆, С₆₋₇ в оперированном позвоночнике; миелопатия на уровне С₅₋₆, С₆₋₇; унковертебральный артроз С₅₋₆, С₆₋₇; двусторонний спондилоартроз С₂₋₃, С₃₋₄, С₄₋₅, С₅₋₆, С₆₋₇.

Архивные Rg-граммы суставов рук (2011 г.): деформирующие артрозы правого локтевого сустава II ст.; плечевых, левого локтевого – I ст.; двусторонний ПЛП; эпикондилез плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры.

? № 38,01. Экспертиза связи заболевания с профессией в 2009 г. была бы:

А: преждевременной;

В: своевременной.

? № 38,02. Экспертиза связи заболевания с профессией в настоящее время:

А: своевременная;

В: запоздалая.

? № 38,03. При наличии ШОХ эпикондилёзы и ПЛП являются:

А: обязательным проявлением ШОХ;

В: могут иметь экстравертеброгенный генез.

? № 38,04. У пациентки эпикондилезы и ПЛП есть проявления:

А: рефлекторных синдромов вертеброгенной патологии шейного уровня;

В: компрессионных синдромов вертеброгенной патологии шейного уровня;

С: самостоятельных заболеваний костно-мышечной системы профессионального генеза от функционального перенапряжения верхнего плечевого пояса.

? № 38,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 39.

Е-ов А.В., 1970 г.р. (40 л.), обследован в ЦПП 03.11 – 12.11.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки с конца 1991 г. после нескольких месяцев работы то монтажником металлургического оборудования, то горновым доменной печи начал работать на металлургическом предприятии помощником машиниста локомотива (1991 – 2001 гг.), далее машинистом тепловоза – с 2002 г. по настоящее время, подвергаясь предположительно воздействию тяжелого физического труда и вибрации, превышающих ПДУ.

Амбулаторная карта ведется с 1992 г. и начинается с обращения из-за выраженных болей в межлопаточной области, появившихся при поднимании ребенка на руки. Тогда проводилось амбулаторно физиолечение. Повторная обращаемость – в 2002 г. с диагностикой многоуровневого ОХ позвоночника. С этого года начались почти ежегодные обращения и амбулаторные лечения на б/л по 11-29 дней в связи с обострением этой патологии.

На серии МР-томограмм поясничного отдела позвоночника (август 2009 года): поясничный лордоз сохранён; снижена высота межпозвонковых дисков Th₁₂-S₁ с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках тел L₁-S₁, минимальными краевыми костными разрастаниями по передней поверхности указанных тел и снижением интенсивности МРТ-сигнала от вышеуказанных дисков; в смежных половинах тел Th₁₂-L₂ – центральные грыжи Шморля; в сегментах L₂₋₅ – задняя широкая протрузия дисков, сагиттальным размером 4 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка, содержимое боковых карманов; двусторонний синовит дугоотростчатых суставов L₃-S₁; на уровне L₃₋₅ выявляются гипертрофированные желтые связки; сагиттальный размер позвоночного канала 13 мм; патологических изменений в дистальных отделах спинного мозга не выявлено. Заключение: поясничный остеохондроз Th₁₂-S₁ в аномальном позвоночнике; узкий позвоночный канал (и далее – констатация синовита, лигаментоза и протрузий дисков).

Одновременно на серии МР-томограмм шейного отдела позвоночника (С₁-Th₂): выпрямлен шейный лордоз; снижена высота дисков С₂₋₇ в сочетании с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках, спондилёзными разрастаниями по передней поверхности тел С₃₋₆, заострением задне-нижнего угла тел С₄₋₅ и снижением МР-сигнала от дисков; в сегменте С₆₋₇ – задняя широкая протрузия диска сагиттальным размером 2 мм, без существенной компрессии передней стенки дурального мешка; в сегментах С₄₋₆ – старые, срединные с двусторонней латерализацией частично выпавшие грыжи дисков сагиттальным размером 3 мм, компримирующие переднюю стенку дурального мешка и содержимое боковых карманов; двусторонние унковертебральные артрозы С₄₋₇; гипертрофия желтых связок в сегментах С₅₋₇; сагиттальный размер позвоночного канала – 14 мм; сагиттальный размер спинного мозга – 7 мм; контуры его ровные четкие; структура однородная; очагов патологической интенсивности сигнала в спинном мозге не выявлено. Заключение: ШОХ С₂-Th₁ (и далее констатация артрозов, лигаментоза, протрузий и грыж дисков).

На серии МР-томограмм грудного отдела позвоночника (апрель 2010 г.) С₇-Th₁₂: травматических, деструктивных изменений, изменений в паравертебральных мягких тканях не найдено; усилен до 40° грудной кифоз; определяются умеренно выраженный (9°) правосторонний С-образный сколиоз с вершиной на Th₇, Th₈; определяются дистрофические изменения дисков Th₁₋₁₂ с компенсаторной костной перестройкой в смежных позвонках; в сегментах Th₆₋₁₂ – множественные грыжи Шморля. Задних грыж дисков не найдено; позвоночный канал сагиттальным размером 12 мм; спинной мозг обычной формы и размеров (8 мм), контуры его ровные, четкие, структура однородна. Заключение: болезнь Шейерман-Мау с поражением тел Th₆₋₁₂; остеохондроз Th₁-Th₁₂, узкий позвоночный канал (и далее – констатация сколиоза).

Кроме того, в последние 3 года пациента стали беспокоить боли в тазобедренных суставах, послужившие причиной целенаправленных обследований. В апреле 2010 г. выполнена СКТ тазобедренных суставов с заключением: двусторонний коксартроз I-II ст.; дистрофическая киста в крыше левой вертлужной впадины. На серии спиральных компьютерных томограмм (СКТ) тазобедренных суставов (апрель 2010 г.): умеренное снижение высоты рентгеновских суставных щелей; субхондральный склероз суставных концов; краевые костные разрастания крыш вертлужных впадин; в латеральных отделах суставной поверхности крыш правой и левой вертлужных впадин субхондрально определяются немногочисленные мелкие узурсы. единичные дистрофические кисты до 6 мм в диаметре, вскрывшиеся в полость левого тазобедренного сустава. Заключение: двусторонний коксартроз 1-2 ст. Дистрофическая киста в крыше левой вертлужной впадины.

В сентябре 2010 г. по МРТ тазобедренных суставов асептических некрозов не выявлено; интенсивность МРТ-сигналов от костного мозга вертлужных впадин, проксимальных отделов бедренных костей нормальная; головки бедренных костей и вертлужные впадины имеют обычную форму; суставная полость нормальной ширины; суставные поверхности имеют четкие и конгруэнтные края и нормальную толщину кортикального слоя. В том же году после ПМО направлен в ЦПП с амбулаторной картой, данными проведенных обследований и АРМ от 2007 г., в которой из всех параметров тяжести трудового процесса только общая вибрация и инфразвук оценены классом 3.1 степени.

При обследовании в ЦПП: жалобы на постоянные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при нагрузках; боли в левой руке; слабость в руках и ногах; боли в тазобедренных суставах, особенно после ходьбы; хруст в левом тазобедренном суставе; онемение пальцев рук при охлаждении; боли в суставах правой руки при подъеме тяжестей. Объективно: движения в шейном и поясничном отдела позвоночника ограничены во всех направлениях; кифосколиоз I-II ст.; сухожильные рефлексы живые, симметричные; чувствительных расстройств нет; сила в ногах достаточная; движения в суставах рук и коленном суставе в полном объеме; при ходьбе прихрамывает и щадит правую ногу.

? № 39,01. Работник направлен в ЦПП из:

А: группы риска;

В: группы повышенного риска.

? № 39,02. Работник направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 39,03. Экспертиза профпригодности без окончательного представления о наличии или отсутствии профпатологического заболевания:

А: неправомерна;

В: правомерна.

? № 39,04. Диагноз направления в ЦПП должен был быть сформулирован как:

А: отдельные признаки воздействия тяжести трудового процесса на опорно-двигательный аппарат;

В: предварительный диагноз рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней;

С: группа риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней;

Д: группа повышенного риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней.

? № 39,05. Заключение профпатологической ВК по имеющейся информации имела право вынести заключение:

А: о наличии у работника неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

В: о наличии оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

Д: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов производства на опорно-двигательный аппарат;

Е: вопрос не корректен, поскольку без проведения ЭНМГ нельзя выносить заключения о генезе неврологической патологии.

? № 39,06. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 рефлекторные синдромы;

4 компрессионные синдромы,

то клиническая ситуация представлена:

A: 1+3 и 2+3;

B: 1+4 и 2+4;

C: 1+3 и 2+4;

D: 1+4 и 2+3.

? № 39,07. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии,

то клиническая ситуация представлена:

A: 1+3 и 2+3;

B: 1+3 и 2+4;

C: 1+4 и 2+3;

D: 1+4 и 2+4.

? № 39,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 40.

Ш-ин Н.Д., 1947 г.р.(64 г), обследован в ЦПП 04.04 – 15.04.2011 г. История заболевания: начало работы в подземных условиях – с 1982 г. Работал в профессиях ГРП и подземного электрослесаря по 1996 г. С 1997 г. работает слесарем–ремонтником коксохимического производства, электросталеплавильного цеха по ремонту оборудования по настоящее время. В указанных профессиях подвергался воздействию тяжелого физического труда с функциональным перенапряжением опорно-двигательного аппарата, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Только по анамнезу – боли в поясничной области появились с 1986 г. С обострениями ПОХ лечился амбулаторно по 2-3 раза в год. В 1998 г. оперирован по поводу компрессии корешка L₅ справа. В выписке констатированы анамнестические указания на боли в поясничной области с 1978 г.

После операции вернулся к работе в прежней профессии слесаря-ремонтника.

Положительный эффект оперативного лечения просуществовал до 2001 г., после которого, со слов, стал амбулаторно лечиться с обострениями ПОХ. Представленная медицинская карта амбулаторного больного заведена в 2005 г. В ней первое обращение с обострением ПОХ зафиксировано только в 2009 г., после ко-

торого определена III группа инвалидности. В 2010 и 2011 гг. было по одному обострению ПОХ в год.

Направлен в ЦПП на консультацию на предмет оценки профпатологической ситуации с аттестацией рабочего места слесаря-ремонтника отдела главного механика участка по ремонту коксохимического оборудования за 1998 – 2003 гг. В этом документе интегральная оценка тяжести труда по параметрам региональной нагрузки при перемещении груза, массы поднимаемого и перемещаемого и груза, а также наклонов корпуса интегрально оценивалась классом 3.2 ст.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в пояснице с иррадиацией в правую ногу до колена, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, онемение правой ноги до колена. Объективно – поясничный лордоз сглажен; движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях 2 степени; напряжены экстензоры спины на поясничном уровне; гипестезия по дерматому L₄ справа; сухожильные рефлексы с ног: коленные – отсутствуют; ахилловы – s>d.

ЭМГ: признаки радикулопатии корешка L₅ справа (ирритативная стадия). Архивные Rg-граммы (2011 год): ПОХ L₁₋₂, L₂₋₃ – 4 период, L₄₋₅ – 2-4 периоды, L_{3-L₄}, L_{5-S₁} – 3-4 периоды.

? № 40,01. У пациента синдромы поясничного уровня:

A: рефлекторные;

B: компрессионные;

C: остаточные явления компрессии корешка L₅ справа.

? № 40,02. У пациента основания для подозрения на профессиональный генез неврологической патологии поясничного уровня:

A: имеются;

B: отсутствуют.

? № 40,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 41.

К-ов А.И., 1964 г.р. (49 л.), обследован в ЦПП 29.03 – 27.04.2012. г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1986 по настоящее время работал в подземных условиях в профессиях слесаря-ремонтника и подземного электрослесаря, связанных предположительно с тяжелым физическим трудом.

По анамнезу боли в пояснице – с середины 1990-х гг. В 1997 г. – первое документированное лечение с люмбалгией без б/листа. В 1998 – 2000 гг. – ежегодно лечился с рефлекторными синдромами ПОХ по б/л в течение 10-15 дней.

С 2005 г. в клинике заболевания появился компрессионный синдромов, впервые лечился с радикулопатией корешков L₅, S₁ справа около 2 месяцев. От предложенного оперативного лечения пациент отказался.

С 2006 г. – почти ежегодные обострения ПОХ с клиникой компрессионных синдромов с нахождением на больничных листах от 1,5 недель до 2 мес. Ежегодно получает санаторно-курортное лечение.

По МРТ поясничного отдела позвоночника (2009): ПОХ в L₁-S₁; старая, заключенная в краевые костные разрастания, правосторонняя парамедианно-задне-боковая частично выпавшая грыжа диска L₅-S₁, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и содержимое правого бокового канала; срединная с двусторонней латерализацией частично выпавшая грыжа диска L₄₋₅, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и боковые карманы; циркулярная протрузия диска L₃₋₄, больше в левом фораменально-задне-боковом секторе, компримирующая переднюю стенку дурального мешка, боковые карманы и межпозвонковые отверстия; левосторонняя парамедианная грыжа дисков L₁₋₂, компримирующая передне-левую стенку дурального мешка; дискогенный латеральный стеноз позвоночного канала на уровне L₅-S₁ до 15 мм.

В 2010 году госпитализировался в неврологическое отделение с диагнозом: ПОХ, грыжа межпозвонковых дисков L₄-S₁, радикулопатия L₅ справа с выраженными чувствительными и двигательными расстройствами; имеются признаки инвалидизации. Однако пациент продолжал работать подземным электрослесарем.

В 2012 году впервые консультирован в ЦПП, выставлен предварительный диагноз компрессионных синдромов профессионального генеза. Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией после получения из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, из которой известно, что 26-летняя работа в профессиях слесаря-ремонтника и подземного электрослесаря в течение 1986 – 2012 гг. протекала в условиях функционального перенапряжения класса 3.2 ст., представленного преимущественно рабочей позой и наклонами корпуса.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в пояснице, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, онемение по наружному краю правой ноги и стопы, слабость в правой стопе. Объективно: движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях I-II ст.; гипестезия по дерматому L₅, и S₁ справа; сила в правой стопе снижена до 4 баллов; походка, щадящая правую ногу; затруднена ходьба на носках.

СЭНМГ – признаки радикулопатии корешков L₅, S₁ справа с проявлениями активно протекающей денервации мышц, без признаков компенсаторной реиннервации.

Rg-граммы: поясничный остеохондроз L₁-S₁ в аномальном позвоночнике (spina bifida S₁). МРТ-поясничная спондилография в 2-х проекциях с функциональными пробами определяет: spina bifida posterior S₁; сколиоз вправо с вершиной дуги на L₄; сглаженность поясничного лордоза; движения в сегментах ограничены; снижена высота дисков во всех сегментах с адекватными компенсаторными изменениями в телах прилежащих позвонков; задние грыжи дисков L₃₋₅ с краевыми костными разрастаниями задненижнего углов L₃ и L₄ и с уплотнением пролабированного заднего отдела фиброзного кольца L₄₋₅; в этих же сегментах – передние грыжи дисков с обызвествлением в переднем отделе фиброзного кольца L₄₋₅ и обызвествлением передней продольной связи на уровне L₃-L₅; мелкие грыжи Шморля в краниальных замыкательных пластинках тел позвонков L₁, L₃; спондилоартроз L₁-S₁; деформирующий спондилёз L₂-S₁ I ст.

? № 41,01. Профессиональному генезу неврологических синдромов поясничного уровня не соответствует:

А: продолжительность стажа перед их развитием;

В: особенности их течения;

С: условия труда;

Д: ничто из перечисленного не противоречит профессиональному генезу неврологических синдромов поясничного уровня.

? № 41,02. Spina bifida S₁ предположению о профессиональном генезе компрессионных синдромов:

А: противоречит;

В: не противоречит.

? № 41,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 42.

З-ва Н.Я., 1959 (53 г.), обследована в ЦПП 28.11 – 14.12.2011 г. История заболевания: обследуемая работала машинистом крана на производстве постоянно с 1980 г. по сентябрь 2011 г., испытывая функциональное перенапряжение рук и верхнего плечевого пояса, предположительно превышающее санитарно-гигиенические нормативы.

Боли в шее по анамнезу появились с началом 1980-х гг. Обращения в поликлинику были спорадическими. Первая запись в медицинской карте амбулаторного больного об обращении и лечении с симптоматикой ШОХ позвоночника датируется 1994 г. С 1995 года появилась иррадиация боли в руки и онемение пальцев рук. Рецидивы ШОХ зафиксированы в 1996, 1998, 2001 гг.; лечение проводилось амбулаторно.

В 2007 году консультирована в ЦПП, рекомендовалось динамическое наблюдение с отдельными признаками функционального перенапряжения на шейный отдел позвоночника. С этого времени – ежегодные обострения ШОХ с клиникой цервикобрахиалгии, ПЛП, эпикондилёза, иногда – синдрома позвоночной артерии.

На МРТ шейного отдела позвоночника (2009 г.) – типичные для ШОХ изменения дисков; левосторонняя грыжа диска C₅₋₆ и протрузии дисков C₄₋₇ без существенного воздействия на прилежащие структуры. На Rg-граммах шейного отдела позвоночника от 2011 г. – высота дисков в сегментах C₂₋₆ снижена, но без выраженных компенсаторных изменений в телах позвонков; выявлена значительная (4-6 мм) патологическая подвижность в сегментах C₂₋₆.

Настоящее обследование в ЦПП – для оценки профпатологической ситуации в связи с прекращением работы во вредных условиях труда. Представлена АРМ от 2010 г., согласно которой функциональные нагрузки на шейный отдел позвоночника в профессии машиниста крана оцениваются классом 3.2-3.3 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли шейно-воротниковой области и руках, особенно в левой; онемение пальцев, в покое распространяется до плеч; головные боли. Объективно: движения в шее болезненные, ограничены во всех направлениях, особенно ротация; напряжены мышцы воротниковой обла-

сти; чувствительных расстройств нет; сухожильные рефлексy живые и равные; кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности; симптом "белого пятна" – 2 сек.; движения в суставах рук болезненные, в полном объёме. В позе Ромберга – устойчива, пальценосовая проба выполняется точно; черепно-мозговые нервы – без особенностей. КТМ – 34,2-34,9⁰С.

? № 42,01. У пациентки синдромы шейного уровня:

- А: рефлекторные;
- В: рефлекторно-компрессионные;
- С: компрессионно-рефлекторные.

? № 42,02. У пациентки патоморфологические проявления шейного остеохондроза являются:

- А: первичными;
- В: вторичными.

? № 42,03. У пациентки имеющаяся патология:

- А: профессионального генеза;
- В: общего генеза.

? № 42,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 43.

П-ов А.А., 1968 г.р. (45 л), обследован в ЦПП 18.02 – 11.03.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1988 г. по настоящее время работает в шахте проходчиком, подвергаясь воздействию предположительно тяжелого физического труда.

По медицинской карте амбулаторного больного обращаемость с ПОХ датируется с 2001 г. В 2001, 2003, 2004, 2008, 2010, 2011 и 2012 гг. лечился по поводу синдромов ПОХ на б/л по 21 – 72 дн. На Rg-грамме поясничного отдела позвоночника за 2011 г. были выявлены признаки ПОХ, грыжи межпозвонковых дисков. По решению ВК, проводящей ПМО, направлен в ЦПП на обследование.

В ЦПП: изучена медицинская карта амбулаторного больного по месту прописки пациента. Выяснено, что при первом обращении в поликлинику в 2001 г. по поводу ПОХ есть указания на дебют ПОХ в 1988 г. с редкими в последующем обращениями. Медицинской документации до 2001 г. пациент не предоставил.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в пояснице и правой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, онемение по передне-наружной поверхности бедер при длительном нахождении сидя.

Объективно: Походка ровная движения в пояснице болезненные, ограничены 2 степени во всех направлениях. Напряжены экстензоры спины на поясничном уровне. Чувствительных расстройств нет. Сухожильные рефлексy с ног живые, равные.

Архивная МРТ поясничного отдела позвоночника (2011 г.): аномалия развития – двучастные пульпозные ядра L₂-S₁; поясничный лордоз выпрямлен; снижение высоты межпозвонковых дисков L₁-S₁ со склерозом смежных замыкательных пластинок L₁-S₁ краевыми костными разрастаниями по передней поверхности указанных тел, заострением заднее-нижнего угла L₅ и снижением интенсивности сигнала от вышеуказанных дисков; в двигательном сегменте L₃₋₄ – широкая протрузия диска сагиттальным размером 2 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и содержимое боковых карманов; в двигательном сегменте L₅-S₁ – старая, заключенная в краевые костные разрастания, циркулярная протрузия диска небольших сагиттальных размеров 4 мм в левом фораменально-задне-боковом секторе; в двигательном сегменте L₄₋₅ – срединная с двусторонней, больше вправо латерализацией, частично выпавшая грыжа диска сагиттальным размером 4 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и содержимое боковых карманов; ретролистез L₅ на 3 мм; деформирующий спондилоартроз – L₃-S₁; сагиттальный размер позвоночного канала 14 мм. Заключение: аномалия развития (двучастные пульпозные ядра), поясничный остеохондроз.

? № 43,01. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регредиентный;

5 прогредиентный,

то профессиональному генезу их свойственно течение:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

E: 2,4;

F: 2,5.

? № 43,02. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регредиентный;

5 прогредиентный,

то характер течения их у пациента соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

E: 2,4;

F: 2,5.

? № 43,03. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

А: рефлекторные;

В: компрессионные;

С: отсутствие данных ЭНМГ-исследования не позволяет определиться с характером синдромов.

? № 43,04. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

А: профессионального генеза;

В: общего генеза;

С: без СГХ рабочего места определиться в отношении профессионального генеза заболевания невозможно;

Д: необходимо динамическое наблюдение в ЦПП в течение ещё 1-2 лет при продолжении работы в тех же условиях.

? № 43,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 44.

К-ко Н.П., 1962 г.р. (50 лет), обследован в ЦПП 14.05 – 02.06.2012 г. История болезни: по копии трудовой книжки пациент работал электромонтёром в 1984-1990 гг. – на железнодорожных путях; в 1990 – 1995 гг. – в трамвайном депо; в 1995-1999 гг. – на угольном разрезе. С 2000 г. по настоящее время работает машинистом дробильно-погрузочного агрегата. Работа во всех профессиях была связана предположительно с тяжелым физическим трудом.

По анамнезу и медицинской карте амбулаторного больного (карта заведена с 1990 г.) боли в поясничном отделе позвоночника начали беспокоить с 1995 г.; тогда лечился с люмбагией. В медицинской карте зарегистрированы в 2000 г. – межреберная невралгия; в 2001 г. – обострение ПОХ (б/л – 16 дней). В 2003 г. при обострении ПОХ выполнена Rg-грамма поясничного отдела позвоночника, выявившая переходный позвонок L₆ с его сакрализацией и поперечно-крестцовым неоартрозом с 2-х сторон; грыжи Шморля L₁₋₄.

Обострения ПОХ с рефлекторными синдромами были дважды в 2004 и 2005 годах с лечением на б/л от 1 до 4 недель. В 2005 г. выполнялась МРТ поясничного отдела позвоночника (Th₁₂-S₂), выявившая снижение высоты межпозвонковых дисков Th₁₂-S₁ в сочетании с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках тел позвонков; спондилёзные разрастания по их передней поверхности и снижение сигнала от дисков. В диске L₄₋₅ имелась задняя широкая протрузия. Сагиттальный размер позвоночного канала на уровне L₄-L₅ был сужен до 11 мм. Заключение: ОХ с Th₁₂ по S₁; локально узкий позвоночный канал; задняя широкая протрузия диска L₄₋₅.

Хроническое рецидивирующее течение ПОХ с преходящей компрессией корешков L₅ и S₁ началось с 2007 г. Тогда вновь выполняется МРТ нижнегрудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника, констатирующая сглаженность поясничного лордоза с деформацией по продольной оси позвоночника, а

также за счёт клиновидной деформации тел позвонков Th₁₀-L₃ со снижением переднего вертикального размера; на всём протяжении в телах позвонков – мелкоочаговые дегенеративно-дистрофические изменения (остеопороз, жировая дистрофия) с явлениями умеренного спондилёза (краевые костные разрастания и заострения апофизов тел позвонков); артрозы дугоотростчатых суставов и склерозирование с нарушением контуров замыкательных пластинок тел позвонков Th₁₀-S₁ и формирующиеся грыжи Шморля в телах позвонков Th₁₂-L₃; признаки дегенерации и снижение высоты межпозвонковых дисков Th₇-L₃; задние протрузии дисков L₁-L₅ до 15 мм; утолщение оболочек спинного мозга, утолщение и дегидратация желтых связок; уменьшение просвета межпозвонковых отверстий L₃-S₁, обусловленное нестабильностью дисков в этих сегментах, артрозными изменениями, снижение высоты межпозвонковых дисков; утолщение и дегидратация желтых связок; признаки 2-сторонней радикулопатии как проявление повторяющегося радикулита (увеличение свободной жидкости в периневральных муфтах по типу кист интервертебральных отверстий) на уровне L₃-S₁.

В связи с хроническим непрерывно рецидивирующим течением в 2007 г. на БМСЭ определяется III группа инвалидности, пациент продолжает работать на прежнем месте.

В 2009 г. к клинической картине хронически рецидивирующего течения ПОХ с преходящей компрессией L₅ и S₁ присоединилась симптоматика ШОХ с преходящей компрессией корешка C₆; плечелопаточный бурсит. Выполнена Rg-грамма шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, выявившая унковертебральные артрозы C₅₋₆ с двух сторон, выпрямление шейного лордоза в C₄₋₆ с краевыми костными разрастаниями в телах позвонков C₄₋₆.

В 2010 г. пациенту бессрочно определяется III группа инвалидности; пациент продолжал работать в прежней профессии.

В 2011 г. возникло подозрение на возможно профессиональный генез вертеброгенной патологии. Пациент был направляется в ЦПП, имея на руках АРМ от 2009 г., в которой из вредных факторов трудового процесса указаны рабочая поза и наклоны корпуса, соответствующие классу 3.1 ст. По остальным параметрам показатели тяжести физического труда не превышали ПДУ (класс 1 и 2).

При поступлении в ЦПП: объективно – поясничной лордоз сглажен; движения в поясничном отделе позвоночника – в полном объёме; сухожильные рефлекс с рук и ног живые, симметричные; гипалгезия в зоне иннервации наружного кожного нерва бедра с обеих сторон, больше слева. Нарушение функции суставов нет. В связи с ясностью клинической картины никаких дополнительных обследований не проводилось.

? № 44,01. Пациент направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 44,02. Диагноз направления в ЦПП должен быть оформлен как:

А: группа риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

В: группа повышенного риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

С: отдельные признаки воздействия физических факторов на опорно-двигательный аппарат;

Д: подозрение на профессиональный генез рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

Е: предварительный диагноз шейного и поясничного остеохондрозов позвоночника профессионального генеза.

? № 44,03. ВК по профпатологии имела право без СГХ вынести заключение:

А: о наличии у работника профессионального заболевания;

В: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

Д: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют право выносить какие-либо заключения.

? № 44,04. Вопрос о возможно профессиональном генезе рефлекторных синдромов поясничного уровня с преходящей компрессией корешков L₅ и S₁:

А: преждевременен;

В: своевременен;

С: запоздалый.

? № 44,05. По имеющейся информации профессиональный генез рефлекторных синдромов поясничного уровня с преходящей компрессией корешков L₅ и S₁:

А: возможен;

В: маловероятен.

? № 44,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 45.

Г-ов А. Г., 1960 г.р. (53 г.), обследован в ЦПП 21.02 – 04.03.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1991 – 2011 гг. работал на шахте в разных профессиях с воздействием предположительно тяжелого физического труда и вибрации.

Анамнестически: боли в пояснице – около 20 лет; за медицинской помощью обращался редко и лишь в последние годы: в 2006 г. – лечение без больничного листа с рефлекторными синдромами; в 2008 г. – лечение на б/л в течение 15 дней также с рефлекторными синдромами; в 2010 г. – лечение с признаками радикуло-

патии корешков L₅ и S₁ слева в течение 3-х месяцев. В 2011 г. с тем же диагнозом находился на больничном листе в течение 4-х месяцев, после чего был направлен в БМСЭ с определением III группы инвалидности. Прекратил работу.

После получения инвалидности по инициативе пациента инициировано подозрение на профессиональный генез вертеброгенной патологии. С СГХ рабочего места от Роспотребнадзора пациент направлен впервые в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. В СГХ указано, что всему профессиональному маршруту с 1991 г. по май 2011 г., то есть в целом 20 лет, в профессиях ГРП, проходчик, ГРГВ, МПУ сопутствовало функциональное перенапряжение на верхние конечности класса 3.3 ст. и локальная вибрация класс 3.1 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в пояснице и левой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, острые боли по наружной поверхности левой ноги до I пальца, онемение по наружной поверхности левой ноги, слабость в левой ноге, болезненные тонические судороги в пальцах ног.

Объективно: движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях 2 степени. Напряжены экстензоры спины на поясничном уровне. Гипестезия по дерматомам L₅ и S₁ слева. Сухожильные рефлексy колённые – живые, равные, низкие; ахилловы – живые, s<d. Сила левой стопы снижена. Походка – шагающая левую ногу, трудно стоять на носках.

Архивные Rg-граммы поясничного отдела (2008 и 2010 гг.): двучастное пульпозное ядро L₅-S₁; нарушение тропизма суставных отростков L₅-S₁; снижение высоты межпозвоночных дисков L₁-S₁ с адекватными компенсаторными изменениями тел смежных позвонков; клиновидная форма L₃ с выраженными старыми костными разрастаниями; передние костные разрастания тел L₂, L₄, L₅, боковые костные разрастания тел L₁, L₂, L₃, L₄, L₅ I-II степени; при нагрузке L₅ смещается кзади на 3 мм; спондилоартроз L₁₋₅.

МТР поясничного отдела позвоночника (апрель 2012 г.): двучастное пульпозное ядро диска L₅-S₁; минимальное отклонение позвоночника во фронтальной плоскости влево с вершиной дуги L₂; снижение высоты межпозвоночных дисков L₁-S₁ с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках тел позвонков, жировой дистрофией тел; в сегментах L₁₋₄ задние полуциркулярные протрузии дисков толщиной до 3 мм, воздействующие на переднюю стенку дурального мешка; в сегментах L₂₋₅ медианные частично выпавшие грыжи дисков толщиной до 2-3 мм, воздействующие на переднюю стенку дурального мешка; в сегменте L₅-S₁ задняя диффузная частично выпавшая грыжа диска толщиной до 4 мм, воздействующая на переднюю стенку дурального мешка и содержимое бокового кармана межпозвоночного отверстия; сагиттальный размер позвоночного канала на уровне L₁₋₅ – 11-14 мм; деформирующей спондилоартроз на уровне L₃-S₁; деформирующей спондилёз на I-II ст. Заключение: левосторонний сколиоз; поясничный остеохондроз L₁-S₁ в аномальном позвоночнике; медианные частично выпавшие грыжи дисков и задняя частично выпавшая грыжа диска; деформирующий спондилоартроз; дистальные отделы спинного мозга без видимой патологии.

? № 45,01. Если течение вертеброгенной патологии:
1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регрессиентный;

5 прогрессиентный,

то характер течения её у пациента соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

E: 2,4;

F: 2,5.

? № 45,02. У пациента синдромы поясничного уровня:

A: рефлекторные;

B: компрессионные.

? № 45,03. У пациента неврологическая патология поясничного уровня:

A: профессионального генеза;

B: общего генеза;

C: без СГХ рабочего места определить в отношении профессионального генеза заболевания невозможно;

D: необходимо динамическое наблюдение в ЦПП в течение ещё 1-2 лет при продолжении работы в тех же условиях.

? № 45,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 46.

Ф-ов А.Е., 1964 г.р. (48 л.), находился в ЦПП в марте 2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1983 – 1984 гг. и с 1987 г. по настоящее время работает подземным электрослесарем, испытывая воздействие запыленности и функционального напряжения на позвоночник, предположительно превышающих ПДК и ПДУ.

В амбулаторной карте, которая ведётся с 1998 г., имеется выписка за 02.11 – 17.12.1993 г. о стационарном лечении с диагнозом: остеохондроз L₅-S₁, подозрение на грыжу диска L₅-S₁; обострение.

Первое обращение по амбулаторной карте – в 1998 г. и было вызвано пояснично-крестцовым остеохондрозом в стадии обострения, синдромом люмбагоишиалгии справа. Тогда на функциональных Rg-снимках поясничного отдела позвоночника: сглаженность поясничного лордоза, снижение высоты дисков L₄-S₁, выраженный субхондральный склероз L₃-S₁; в L₅-S₁ – ретролистез на 12 мм при максимальном разгибании, полная двусторонняя сакрализация L₅. Лечение амбулаторное в течение 40 дней.

Последующие обострения вертеброгенной патологии поясничного уровня в 2001, 2003, 2005, 2008, 2010 гг. протекали с клиникой рефлекторных синдромов. С 2011 г. – появление упорных болей по ходу седалищного нерва слева. МРТ поясничного отдела позвоночника (май 2012): дорзальная левосторонняя секвестрированная грыжа диска L₅-S₁ размером до 1 см., прикрытая задними остеофитами, распространяющимися по дуге широкого радиуса в оба межпозвонковые отверстия, но больше слева; спондилоартроз, что вместе приводит к значительному сужению левого межпозвонкового отверстия; деформация дурального мешка с компрессией левого корешка. Секвестрированный фрагмент 0,5×0,8 см; перигрыжевой фиброз до левого латерального кармана на 0,7 см с деформацией прилежащего дуального мешка и компрессией левого корешка. Просвет позвоночного канала на этом уровне сужен до 9 мм. Дорзальная диффузная протрузия диска L₄-L₅ до 3 мм, распространяющаяся в межпозвонковое отверстие с обеих сторон, в сочетании со спондилоартрозом, с их сужением и деформацией прилежащих отделов дурального мешка. Просвет позвоночного канала здесь составляет 11 мм. Спондилоартроз на уровне L₁-S₁ с грибовидной деформацией дугоотростчатых суставов и гипертрофией желтых связок на уровне L₄-L₅; спондилёз L₁-S₁ с признаками обызвествления передней продольной связи. Просвет позвоночного канала сужен. Краевые костные разрастания L₂-S₁; признаки дистрофических изменений в телах позвонков.

В августе 2012 г. пациент с выраженным болевым синдромом госпитализируется в нейрохирургическое отделение (31.08 – 11.09.2012 г.) с клиникой компрессии корешка S₁ слева (ахилловый и подошвенный рефлексы слева снижены; симптом натяжения слева). Диагноз при выписке: пояснично-крестцовый остеохондроз, грыжа диска L₅-S₁; состояние после интраламинэктомии L₅-S₁ и удаления грыжи диска слева.

На больничном листе послеоперационного периода пациент находился до января 2013 г.; боли не беспокоили; МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника от декабря 2012 г.: рубцы и спайки по ходу корешка S₁ в левом боковом кармане; остаточное пролабирование диска в других секторах с компрессией передней эпидуральной закладки, кистозная трансформация межкостистых связок L₅-S₁. Rg-заключение: эпидуральный фиброз в левом заднебоковом секторе, остаточное пролабирование дисков. Врожденный центральный и латеральный стеноз позвоночного канала.

С января 2013 г. после консультации нейрохирурга и невролога пациент возобновил работу в прежней профессии. С возобновлением работы появился прежний болевой синдром. Направлен в ЦПП на предмет оценки профпатологической ситуации, имея на руках амбулаторную карту, выписки госпитализаций, копию трудовой книжки и аттестацию рабочего места от 2010 г., в которой вредными условиями труда указаны лишь вынужденная поза и наклоны туловища.

При поступлении в ЦПП по данным объективного исследования неврологическая ситуация оценена как рефлекторные синдромы поясничного уровня.

? № 46,01. Усиление клинических проявлений патологии при возобновлении действия вредных условий труда называется:

А: фактом элиминации;

В: фактом экспозиции;
С: доза-зависимым ответом.

? № 46,02. Возобновление рефлекторных синдромов после возобновления работы в прежних условиях в пользу профессионального их генеза:

А: свидетельствует;
В: не свидетельствует.

? № 46,03. Проведение электронейромышечного исследования:

А: показано;
В: не показано.

? № 46,04. Имеющейся информации и документации достаточно для проведения:

А: экспертизы профпригодности;
В: принятия решения относительно подозрения на профессиональный генез неврологической патологии;
С: экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 46,05. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;
2 хроническое рецидивирующее
и если тип течения:
3 непрогредиентный;
4 регредиентный;
5 прогредиентный,
то характер их течения у пациента по 2011 г. соответствует:
А: 1,3;
В: 1,4;
С: 1,5;
D: 2,3;
Е: 2,4;
F: 2,5.

? № 46,06. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

А: профессионального генеза;
В: общего генеза.

? № 46,07. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 47.

Б-ов С. В., 1962 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 16.04 – 06.05.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1983 г. начал работать подземным электрослесарем и продолжает работать в этой профессии по настоящее

время, подвергаясь воздействию вибрации и тяжести трудового процесса, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

По анамнезу – боли в поясничной области появились примерно с конца 1990-х годов. В 1999 г. – первая обращаемость с ПОХ (люмбалгия) с лечением в течение 23 дней. Повторное обращение – в 2005 г. (б/л – 29 дн.). Тогда было выполнено первое Rg-исследование поясничного отдела позвоночника, выявившее помимо ПОХ в L₁-L₃ клиновидную деформацию L₁, и грыжи Шморля в L₁ и L₃.

Последующее обострение ПОХ – в 2008 г.; с этого года начались ежегодные обострения ПОХ, протекавшие в виде люмбаишиалгии с иррадиацией боли по задней поверхности левого бедра и онемением левой стопы. С 2011 г. стал постоянно прихрамывать на левую ногу.

На серии МР-томограмм поясничного отдела позвоночника (апрель 2011 года): поясничный лордоз сглажен; правосторонний С-образный сколиоз с вершиной на L₃; клиновидная деформация L₁ со снижением высоты в переднем отделе на 4 мм в сочетании со склерозом замыкательных пластинок и краевыми костными разрастаниями; снижение высоты межпозвонковых дисков L₁-S₁ со склерозом смежных замыкательных пластинок и снижением интенсивности МТ-сигнала от вышеуказанных дисков; в двигательном сегменте L₅-S₁ – старая, заключенная в краевые костные разрастания срединная с двусторонней латерализацией, частично выпавшая грыжа диска сагиттальным размером 4 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и содержимое боковых карманов и корешки; в двигательном сегменте L₄₋₅ – срединная протрузия диска сагиттальным размером 4 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка; в двигательных сегментах L₁₋₄ – циркулярные протрузии дисков сагиттальным размером 3 мм, компримирующие переднюю стенку дурального мешка и содержимое боковых карманов; центральные грыжи Шморля в L₁, L₃; ретролистез L₁ на 2 мм; деформирующий спондилоартроз L₃-S₁; сагиттальный размер позвоночного канала – 14 мм. Заключение: компрессионный перелом L₁ II ст. (клиновидная деформация): грыжами Шморля; ретролистез L₁; ПОХ L₁-S₁.

В феврале 2012 г. – повторная Rg-графия поясничного отдела позвоночника с функциональными пробами. По данным исследования – без дополнительной информации в вертеброгенной патологии поясничного уровня.

В 2012 г. в связи с грыжами Шморля в поясничном отделе позвоночника заподозрена болезнь Шейерман-Мау и выполнена Rg-графия грудного отдела позвоночника. На Rg-граммах грудного отдела позвоночника в 2-х проекциях (март 2012 г.): снижена высота дисков Th₄-Th₁₂ с субхондральным склерозом и передними краевыми костными разрастаниями в телах позвонков; деформирующий спондилез Th₅-Th₁₂ III ст.; артроз реберно-позвоночных сочленений на уровне Th₅-Th₁₂. Заключение: грудной остеохондроз Th₄-Th₁₂.

В апреле 2013 г. первичным звеном профпатологии работник был направлен в ЦПП с указанием на наличие рефлекторных синдромов поясничного уровня, имея на руках медицинскую карту амбулаторного больного, результаты предшествующих Rg-исследований позвоночника и протокол гигиенической оценки условий труда по показателям тяжести трудового процесса ООО "Новокузнецкое гигиеническое агентство" (от 18.05.2010 г.), в котором только рабочая поза и наклоны корпуса оценены классом 3.2 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника и левой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках; онемение в левой стопе.

При осмотре: движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во всех направлениях гипестезия по внутреннему краю левой стопы, сухожильные рефлексы живые, симметричные; сила в ногах сохранена, при походке щадит левую ногу.

Рентгенография тазобедренных суставов – деформирующий артроз правого тазобедренного сустава – II ст. и левого – III ст.; кистовидная перестройка головки правой бедренной кости.

? № 47,01. Диагноз первичного звена профпатологии при направлении в ЦПП должен быть сформулирован как:

А: предварительный диагноз – рефлекторные синдромы поясничного уровня профессионального генеза;

В: отдельные признаки воздействия функционального перенапряжения на позвоночник в виде рефлекторных синдромов.

? № 47,02. У пациента болезнь Шейерман-Мау:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 47,03. У пациента синдромы поясничного уровня

А: рефлекторные;

В: рефлекторно-компрессионные;

С: правильная оценка невозможна без ЭНМГ-исследования.

? № 47,04. Если:

1 грудной уровень позвоночника;

2 поясничный уровень позвоночника;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии, то клиническая ситуация представлена:

А: 1+3 и 2+3;

В: 1+3 и 2+4;

С: 1+4 и 2+3;

Д: 1+4 и 2+4.

? № 47,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 48.

И-на Г.В., 1960 г.р. (51 г.), обследована в ЦПП 13.09 – 28.09.2011 г. История заболевания: по копии трудовой книжки в 1981 – 1984 гг. работала сортировщи-ком-сдатчиком–маркировщиком металла и в 1984 – 2010 гг. с перерывом (2005-

2008 г.) – машинистом крана литейного производства, подвергаясь воздействию функциональных нагрузок на руки и плечевой пояс, превышающих предположительно ПДУ.

В медицинской карте амбулаторного больного имеются записи о выявлении нефроптоза (1987 г.) и пролапса митрального клапана (1999 г.).

При ПМО в 1994 г. неврологом сделана запись о существовании ШОХ и ПОХ в течение многих лет, находящихся на период осмотра в состоянии ремиссии.

С 1999 г. началась обращаемость с ОХ позвоночника с синдромами цервикобрахиалгии, позвоночной артерии. В выписке истории болезни из эндокринологического отделения (1999 г.) указан диагноз: гипоталамического синдрома, лобный гиперостоз, а из сопутствующей патологии – грудной и поясничной остеохондрозы.

В течение 2000-2005 гг. – ежегодные однократные обострения многоуровневой вертеброгенной патологии в виде рефлекторных синдромов с амбулаторным лечением в течение 9-26 дней.

По Rg-грамме шейного отдела позвоночника (2005 г.) выявлены: полное фиброзное кольцо Кимерли; выпрямление шейного лордоза; нормальная высота межпозвонковых дисков; при сгибании тело C_2 смещается вперед, при разгибании – смещение тела C_2 устраняется и появляется смещение тела C_3 назад, расцененные как патологическая подвижность.

МРТ поясничного ($TH_{12}-S_1$) отдела позвоночника (2005 г.): С-образный левосторонний сколиоз с вершиной на L_2 ; снижение высоты межпозвонковых дисков L_3-S_1 в сочетании с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках и снижением МР-сигнала от дисков; максимальная выраженность изменений – в сегменте L_5-S_1 ; в этом же сегменте выявляется старая, заключенная в краевые костные разрастания, срединная с двусторонней латерализацией частично выпавшая грыжа диска сагиттальным размером 5 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и боковые карманы; в сегменте L_{4-5} выявляется задняя срединная протрузия диска с сагиттальным размером 3 мм; двусторонний деформирующий спондилоартроз L_3-S_1 ; сагиттальный размер позвоночного канала на уровне L_1 – 14 мм, L_2 – 12 мм, L_3 – 11 мм, $L_{4,5}$ – 10 мм. Заключение: поясничная остеохондроз L_3-S_1 , врожденно узкий позвоночный канал, (далее – констатация наличия грыжи и протрузии дисков).

Из-за болезни сменила в 2005 г. работу машиниста крана на диспетчера по выдаче готовой продукции, что привело к меньшей выраженности обострения патологии. Однако при возобновлении в 2008 г. работы машинистом крана обострения ОХ возобновились. Уже в 2008 году лечилась в течение 30 дней с ПОХ, радикулопатией слева S_1 . В 2009 г. трижды лечилась амбулаторно и в конце года – стационарно в неврологическом отделении с диагнозом: многоуровневый остеохондроз, грыжи дисков C_{5-7} , патологическая подвижность в сегментах C_2 и C_3 , синдромы позвоночной артерии, цервикобрахиалгии, радикулопатии C_6 и C_7 .

На серии спиральных компьютерных томограмм (СКТ) (октябрь 2009 г.) двигательных сегментов L_2-S_1 выявлено: снижение высоты межпозвонковых дисков L_2-S_1 с адекватными компенсаторными изменениями в смежных замыкательных пластинках в виде субхондрального склероза, задних краевых костных

разрастаний в L₅, S₁ и спондилёзных разрастаний; в двигательном сегменте L₃-L₄ – задняя широкая протрузия диска сагиттальным размером 2 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка; в двигательном сегменте L₄-L₅ – срединная с двусторонней латерализацией, частично выпавшая грыжа диска сагиттальным размером 5 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка и корешки; в двигательном сегменте L₅-S₁ – старая, заключенная в краевые костные разрастания срединная с двусторонней латерализацией, частично выпавшая грыжа диска сагиттальным размером 5 мм, компримирующая переднюю стенку дурального мешка, содержимое боковых карманов и корешки S₁; двусторонний спондилоартроз L₂-S₁, неоартроз между остистыми отростками позвонков в сегментах L₄-S₁; сагиттальный размер позвоночного канала – 13 мм. Заключение: поясничный остеохондроз L₂-S₁ (и далее – повторение описательной части).

Через месяц после выписки – вновь лечение в неврологическом стационаре (2010 г.) с диагнозом: шейный остеохондроз (синдром позвоночной артерии), ПОХ, грыжи дисков L₄-S₁ с 2-сторонним компрессионным синдромом корешков L₅, S₁ с IV ст. клинических проявлений.

В том же году освидетельствована в БМСЭ, определена III группа инвалидности. Пациентка прекратила работу. Однако рецидивы заболевания со стационарным лечением продолжались.

На серии МР-томограмм (октябрь 2010 г.) шейного отдела позвоночника (C₁-Th₂): травматических, деструктивных изменений шейных позвонков, изменений паравертебральных мягких тканей не найдено; определяются дистрофические изменения дисков C₂-Th₁; диски снижены и уплотнены; в телах смежных позвонков – компенсаторная костная перестройка в виде склероза замыкательных пластин; левосторонний С-образный сколиоз; шейный лордоз выпрямлен; формируется дугообразный кифоз; в сегментах C₅₋₇ – левосторонние фораминально-заднебоковые частично выпавшие грыжи дисков сагиттальным размером 4 мм, компрессирующие боковые карманы и межпозвонковые отверстия; в сегментах C₅₋₇ – унковертебральные артрозы; в сегментах C₅₋₇ – двусторонние спондилоартрозы; позвоночный канал – сагиттальным размером 12 мм; спинной мозг обычной формы и размеров (7 мм), контуры его ровные, четкие, структура однородна. Заключение: шейный остеохондроз C₂-C₇ (и далее – повторение описательной части).

При госпитализации в 2011 году при доплерисследовании сосудов выявлена патологическая извитость внутренней сонной артерии, гипоплазия правой позвоночной артерии, вертеброгенный стеноз обеих позвоночных артерий.

В 2011 г. пациентка подняла вопрос о возможно профессиональном генезе имеющегося у неё заболевания позвоночника.

Направлена в ЦПП на предмет оценки профпатологической ситуации, имея на руках медицинскую карту амбулаторного больного, результаты Rg-логических обследований позвоночника и производственную характеристику условий труда машиниста крана (№ 16 от 21.01.2011 г.), выданную ООО "Горно-техническая компания", в которой тяжесть труда и общая вибрация оценены классом 3.1 ст.

При поступлении в ЦПП: при детализации анамнеза пациентка указывала на появление болей в шейном и поясничном отделах позвоночника – с конца 1980-х годов. Предъявляла жалобы на постоянные боли в пояснице и левой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, при резких движениях; острые

боли в пояснице с иррадиацией в левую ногу; онемение по наружной поверхности левой ноги; постоянные боли в шейно-воротниковой области, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках; онемение рук до плеч в покое, постоянное онемение пальцев рук; головные боли и головокружение.

Объективно: движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях I-II ст.; в шее ограничены до I ст., особенно при ротации вправо; напряжены экстензоры спины на поясничном уровне и мышцы воротниковой области; гипестезия по полиневритическому типу до локтей; по дерматому L₅, S₁ слева; сухожильные рефлексы с рук – живые, равные, коленные рефлексы – живые, равные, ахилловы – s<d; сила в ногах достаточная. Походка, щадящая левую ногу. Игольчатая ЭНМГ (от 2010 г.): признаки радикулопатии корешков S₁ слева.

? № 48,01. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 рефлекторные синдромы;

4 компрессионные синдромы,

то клиническая ситуация представлена:

A: 1+4 и 2+4;

B: 1+3 и 2+3;

C: 1+4 и 2+3;

D: 1+3 и 2+4.

? № 48,02. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии,

то клиническая ситуация представлена:

A: 1+4 и 2+4;

B: 1+3 и 2+3;

C: 1+4 и 2+3;

D: 1+3 и 2+4.

? № 48,03. Определение у пациентки III гр. инвалидности аргументацией в пользу профессионального генеза патологии:

A: является;

B: не является;

C: ответ определяется в каждом конкретном случае индивидуально.

? № 48,04. ВК по профпатологии ЦПП по имеющейся информации имела право вынести заключение:

A: о наличии у пациентки неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

B: об отсутствии у пациентки неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

С: о наличии у пациентки оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;
D: об отсутствии у пациентки оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;
E: о наличии у пациентки отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов производства на опорно-двигательный аппарат.

? № 48,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 49.

Б-ов С.Н., 1957 г.р. (54 г.), обследован в ЦПП 13.10 – 21.11.2011 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1980 г. работает в подземных условиях: ГРОЗ (1980 г.), МГВМ (1981-1982 гг.; 1984 – 1990 гг.; 1996 – 1998 гг. и с 2008 г. по настоящее время). Работа в этих профессиях, в общей сложности составившая 14 лет, предполагает функциональные нагрузки на опорно-двигательный аппарат, превышающие ПДУ.

Работа в 1983 г. (штукатур-маляр), в 1990 – 1996 гг. (горный мастер); в 1998 – 2008 гг. (подземный помощник начальника участка) функциональные нагрузки на опорно-двигательный аппарат не предполагает.

Анамнестически: эпизод острых болей в пояснице наблюдался в 1975 г., после поднятия тяжести. Следующее обострение ПОХ было в 1987 году. Госпитализирован после нескольких месяцев безуспешного амбулаторного лечения. По выписке из нейрохирургического отделения (1987 г.) имелась левосторонняя парамедианная грыжа диска L₄₋₅ с компрессией корешков L₅ и S₁. Проведено междузвонковое удаление грыжи. Компрессионный синдром был купирован.

В последующем амбулаторные лечения в связи с обострениями ПОХ зафиксированы в амбулаторной карте в 1989, 1990, 1995, 1996, 1997, 2005 гг. с б/л по 6-17-29 дней. В 2007 г. появилось онемение и слабость в левой стопе, пациент был вновь прооперирован по поводу заднебоковой грыжи диска L₅-S₁ с компрессией корешка S₁(междужковое удаление грыжи). В выписке нейрохирургического отделения констатировано, что боль и онемение появились остро 12 апреля без провоцирующего фактора. После операции функция стопы не восстановилась, появилась гипотрофия мышц левой голени. Клинические проявления ПОХ сохранялись, но за лечением не обращался, продолжал работать. Боли в суставах рук появились с 2005 г. Онемение в руках присоединилось в 2007 г., тогда же лечился по поводу эпикондилёза.

В ЦПП впервые направлен для оценки профпатологической ситуации на предмет возможно профессионального генеза вертеброгенной патологии поясничного уровня и наличия вибрационной болезни от воздействия общих и локальных вибраций. На руках имелись протоколы оценки условий труда по показателям тяжести трудового процесса от декабря 2008 года на профессию машиниста горных выемочных машин (класс 3.2 ст.) и справка ЗАО "Шахтоуправле-

ние Талдинское-Южное" от ноября 2011 г. с точно такой же оценкой тяжести физического труда в профессии машиниста горных выемочных машин.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в пояснице и левой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках, онемение по наружно-задней поверхности левой ноги, слабость в левой стопе. Постоянные боли в суставах рук, особенно в кистях, усиливающиеся при нагрузках, онемение рук до локтя в покое, повышенная чувствительность рук к холоду, болезненные тонические судороги в пальцах рук.

Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, нормальной влажности. Симптом "белого пятна" – 3 сек.; движения в суставах рук болезненные, в полном объёме; болезненные надмышечки левой плечевой кости; лёгкая гипестезия по полиневритическому типу; сухожильные рефлексы живые, равные. Поясничный лордоз сглажен; движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях II ст.; напряжены экстензоры спины на поясничном уровне; гипестезия по дерматомам L₅, S₁ слева; сухожильные рефлексы с ног: коленные – оживлены, равные; ахилловый слева отсутствует. Сила разгибателя I пальца левой стопы снижена до 1 балла. Ходьба на пятках затруднена.

Архивные Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): деформирующие артрозы плечевых, локтевых, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов I ст., двусторонний ПЛП, эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; признаков остеопороза не выявлено.

КТМ – 32,3-32,1⁰С. При ХП побеления фаланг не произошло, время восстановления температуры было нормальным. ВЧ незначительно снижена на все частоты. РВГ – ПК снижено, особенно на кистях, тонус артерий в норме, венозный отток сохранён.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 35,1-53,6 м/сек.; повышена терминальная латентность срединных нервов.

? № 49,01. У пациента синдромы поясничного уровня:

- A: рефлекторные;
- B: рефлекторно-компрессионные;
- C: компрессионно-рефлекторные;
- D: на стадии остаточных явлений компрессии.

? № 49,02. Течение неврологической симптоматики поясничного уровня до первого оперативного вмешательства в 1987 г. профессиональному генезу:

- A: соответствует;
- B: не соответствует.

? № 49,03. Неврологическая патология поясничного уровня до развития повторных компрессионных поясничного уровня в 2007 г. профессиональному генезу:

- A: соответствует;
- B: не соответствует.

? № 49,04. У пациента вертеброгенная патология поясничного уровня:

А: профессионального генеза;

В: общего генеза;

С: вопрос не корректен, поскольку для ответа необходима СГХ рабочего места работника.

? № 49,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 50.

В-ов В.А., 1953 (58 л.), обследован в ЦПП с 10.05 – 20.08.2011 г. История заболевания: у пациента предположительно тяжелый физический труд начался в 1970 г. с работы в профессии рабочего в совхозе и продолжился в профессиях тракториста, бетонщика, экскаваторщика, слесаря, (газо)электросварщика, горно-рабочего подземного, монтажера по текущему содержанию железнодорожных путей, слесаря-сантехника и слесаря-ремонтника – по ноябрь 2010 года.

По анамнезу – боли в шее и левой руке появились с середины 90-х гг. Однако первое зафиксированное в медицинской документации обострение ШОХ с рефлекторными синдромами относится к 2004 г. Последующие обострения этой патологии были в 2007, 2008, 2010 гг.; на б/л находился по 11-30 дней.

Со слов – НФС в правом локтевом суставе – около 8 лет, но обращений по поводу артропатий не было. Проходил ПМО, признавался годным к работе.

Уже после окончания работы пациент поднял вопрос о возможно профессиональном генезе у него заболеваний позвоночника и суставов. Получена СГХ по всему профмаршруту пациента, по которой известно, что из вредных факторов, превышающих ПДУ, имелись воздействия: локальной и общей вибрации классами 3.1 ст. в профессии тракториста и экскаваторщика (1971-1986 гг., ~ 12,5-13 л.); тяжесть трудового процесса по параметрам статико-динамических нагрузок, массе поднимаемого и перемещаемого груза, нахождения в фиксированной неудобной позе, по количеству наклонов корпуса классами 3.1-3.2 ст. сопутствовала работе по 2001 г. При этом одним из параметров тяжести трудового процесса были функциональные нагрузки на шейный отдел позвоночника, превышающие ПДУ в виде количества поворотов в шейном отделе позвоночника и наклонов в нем до углов в 30-40° до 60% рабочего времени.

С 2001 г. в профессии слесаря-ремонтника тяжесть трудового процесса по большей части параметров соответствовала классам 1 и 2, превышая ПДУ лишь по продолжительности нахождения корпуса в фиксированной неудобной позе и количеству его наклонов. Направлен в ЦПП с предварительным диагнозом шейной радикулопатии профессионального генеза.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в шейно-воротниковой и межлопаточной областях и руках, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках; онемение рук выше локтя в покое; боли в локтевых суставах рук при нагрузках.

Объективно: движения в шее болезненные, ограничены во всех направлениях, особенно ротация 2-3 ст.; напряжены мышцы воротниковой области с единичными миодистоническими очагами; движения в суставах рук болезненные,

ограничены в локтевых справа I ст., слева 0-I ст.; болезненные периартикулярные ткани суставов рук; гипестезия по полиневритическому типу до средней трети предплечий; сухожильные рефлексы низкие, равные.

При ХП побеления фаланг не наступило, время восстановления температуры оказалось пролонгированным. ВЧ снижена на все частоты.

РВГ: ПК умеренно снижено, выраженный спазм артерий, венозный отток сохранён.

На серии архивных МР-томограмм (2010 г.) получено изображение шейного отдела позвоночника (C₁-Th₂): травматических, деструктивных изменений шейных позвонков, изменений паравертебральных мягких тканей не найдено. Выпрямлен шейный лордоз. Определяются дистрофические изменения дисков C₂-C₃, C₃-C₄, C₄-C₅, C₅-C₆, C₆-C₇, C₇-Th₁ с компенсаторной костной перестройкой в смежных позвонках в виде склероза замыкательных пластин. В сегменте C₂-C₃ – старая, с краевыми костными разрастаниями, левосторонняя заднебоковая, частично выпавшая грыжа диска толщиной 4 мм, с воздействием на левый боковой карман. В сегменте C₃-C₄ – старая, с краевыми костными разрастаниями, правосторонняя заднебоковая, частично выпавшая грыжа диска толщиной 4 мм, с воздействием на переднеправое субарахноидальное пространство и правый боковой карман. Дополнительное воздействие на правый корешок оказывается краевыми костными разрастаниями верхнего суставного отростка C₄. В сегменте C₃-C₄ – гипертрофия желтой связки с воздействием на заднее субарахноидальное пространство. Здесь просвет дурального мешка сужен до 10 мм, сужено и субарахноидальное пространство с замедлением ликворопульсации, что проявляется локальным понижением интенсивности сигнала от ликвора. В сегменте C₄-C₅ – задняя срединная, частично выпавшая грыжа диска толщиной 3 мм, с воздействием на переднее субарахноидальное пространство. В сегментах C₅-C₆, C₆-C₇ – старые передние грыжи дисков и задняя широкая протрузия дисков до 2 мм, с умеренным воздействием на переднее субарахноидальное пространство. В C₂-C₃, C₃-C₄, C₄-C₅, C₅-C₆, C₆-C₇ унковертебральный артроз; двусторонний спондилоартроз, максимально выраженный в сегментах C₃-C₄, C₄-C₅ справа, с воздействием краевых костных разрастаний на корешки. Позвоночный канал сагиттальным размером 14 мм. Спинальный мозг обычной формы и размеров (8 мм). Контуры его ровные, четкие, структура однородна. Заключение: шейный остеохондроз C₂-C₃, C₃-C₄, C₄-C₅, C₅-C₆, C₆-C₇, C₇-Th₁ (далее – повтор описательной части). Изменений спинного мозга на шейном уровне не найдено.

Архивные рентгенограммы кистей, локтевых и плечевых суставов (2011 г.): ДОА локтевых суставов I ст.; лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов II ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; кистовидная перестройка ладьевидной и трапецевидной костей левого запястья; признаков остеопороза не выявлено.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 31-58 м/сек; терминальная латентность срединного нерва – 3,7 мс.

Консультация ортопеда: объём движений в правом локтевом суставе 165-45⁰, в левом – 175-40⁰.

? № 50,01. По результатам СЭНМГ нарушения в двигательных волокнах:

А: имеются;

В: отсутствуют;

С: вопрос не корректен, поскольку исследовалось проведение возбуждения по сенсорным волокнам.

? № 50,02. Обследование на предмет ВБ у пациента неактуально в связи с:

А: отсутствием подозрения на ВБ в диагнозе направления в ЦПП;

В: отсутствием клинических проявлений ВБ;

С: значительной отдаленностью имевшегося некогда воздействия вибрации на работника от настоящего обследования.

? № 50,03. Неврологическая симптоматика шейного уровня укладывается в:

А: миелопатию;

В: компрессионные синдромы;

С: рефлекторные синдромы;

Д: ситуация неясна; необходимо динамическое наблюдение и дообследование.

? № 50,04. Если:

1 патология шейного уровня;

2 ДОА локтевых суставов;

3 заболевание профессиональное;

4 заболевание общесоматическое,

то клиническая ситуация оценивается как:

А: 1+3 и 2+3;

В: 1+4 и 2+4;

С: 1+3 и 2+4;

Д: 1+4 и 2+3.

? № 50,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 51.

Е-ов В.П., 1958 г.р., (54 г.), обследован в ЦПП 01.06 – 13.06.2012 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1980 г. по настоящее время (с перерывом в 1993 – 2002 гг.) работает на шахте МГВМ с функциональным напряжением опорно-двигательного аппарата, предположительно превышающего санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: боли в пояснице с середины 1980-х гг. По амбулаторной карте, в начале марта 1993 г. появились сильные боли в пояснице и правой ноге; лечился амбулаторно 3 недели без эффекта. 30 марта был прооперирован в связи с грыжей диска на поясничном уровне. В конце периода послеоперационного восстановления (июнь 1993 г.) был освидетельствован на ВТЭК и признан инвалидом II группы. Не работал по 2002 г. В 2002 г. вышел на прежнюю работу. С

возобновлением работы в том же году возобновилась клиника вертеброгенной патологии на поясничном уровне.

В 2007 г. впервые обследован в ЦПП, взят на динамическое наблюдение с отдельными признаками воздействия функционального перенапряжения опорно-двигательного аппарата и костно-мышечной системы.

В 2008 г. дважды амбулаторно лечился с ШОХ и ПОХ с б/л продолжительностью по 8 и 13 дней. Тогда же на Rg-граммах позвоночника выявлены аномалия Кимерли, шейные ребра С₇ I ст., двучастные пульпозные ядра L₄₋₅, L₅-S₁, грыжа диска L₅-S₁. В 2009, 2010, 2011 и 2012 гг. лечился амбулаторно с обострениями многоуровневого остеохондроза позвоночника по 15-20 дней.

В ЦПП был направлен на консультацию для оценки профпатологической ситуации, имея на руках АРМ за 2010 г. Согласно АРМ – в профессии МГВМ испытывает функциональное перенапряжение в виде неудобной рабочей позы и наклонов корпуса класса 3.2 ст. Кроме того, при работе подвергается локальной и общей вибрации класса 3.1 ст.

При поступлении: жалобы на постоянные боли в кистях и локтевых суставах, постоянное онемение кистей, повышенная чувствительность рук к холоду, слабость в руках; постоянные боли в пояснице и правой ноге, усиливающиеся при статико-динамических нагрузках; при резких движениях – острые боли в пояснице с иррадиацией в правую ногу; слабость в правой ноге, тонические судороги в икроножной мышце правой голени.

Объективно: кисти тёплые, слегка цианотичные, сухие. Симптом "белого пятна" – 4 сек. Кистевая динамометрия: справа – 22 кг, слева – 26 кг. Движения в суставах рук болезненные, в полном объёме. Болезненные надмышцелки плечевых костей. Гипестезия по полиневритическому типу до локтя. Симптом Тинеля отрицательный. Сухожильные рефлексы живые, равные. Движения в пояснице болезненные, ограничены во всех направлениях 2 степени. Напряжены экстензоры спины на поясничном уровне. Гипестезия по дерматому L₅ и S₁ справа. Сухожильные рефлексы с ног живые, равные. Походка ровная.

Стимуляционная ЭМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях 28,4-37,5 м/сек, повышена терминальная латентность по срединным нервам. Скорость распространения возбуждения по двигательным волокнам нормальная.

КТМ – 34,0 - 34,3⁰С; При ХП побеления фаланг не произошло, но восстановление температуры оказалось несколько пролонгированным; ВЧ снижена на все частоты.

Архивная Rg-грамма кистей, локтевых и плечевых суставов (2012 г.): деформирующие артрозы плечевых суставов II ст.; локтевых, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов I ст., двусторонний ПЛП и эпикондилёз плечевых костей; локтевая шпора левой плечевой кости; киста дистальной головки 3 пястной кости справа; признаков остеопороза не выявлено.

Архивная Rg-грамма грудного отдела позвоночника (2012 г.): усилен грудной кифоз, С-образный правосторонний сколиоз I ст., субхондральный склероз замыкательных пластин тел Th₄₋₁₂; клиновидная деформация тел Th₅₋₉ I-II ст., неровность контуров замыкательных пластин, заострены передние углы тел по-

звонков, в них – узлы Шморля. Снижена высота межпозвонковых дисков Th₄₋₁₂. Спондилёз Th₄₋₁₂ II степени.

РВГ: ПК снижено, особенно на кистях, спазм артерий, особенно на предплечьях, венозный отток сохранён.

? № 51,01. Если:

1 ангиодистонический синдром;

2 синдром вегетосенсорной полинейропатии;

3 мио- и остео дистрофический синдром

и если:

4 синдром сформировался;

5 синдром не сформировался,

то клиническую ситуацию можно описать как:

A: 1+4, 2+4, 3+4;

B: 1+5, 2+5, 3+5;

C: 1+4, 2+4, 3+5;

D: 1+4, 2+5, 3+4;

E: 1+5, 2+4, 3+4;

F: 1+5, 2+4, 3+5.

? № 51,02. Вибрационная болезнь у пациента имеется в форме:

A: I-II ст.;

B: I ст.;

C: отдельных признаков воздействия вибрации;

D: данных за вибрационную болезнь нет.

? № 51,03. У пациента синдромы поясничного уровня:

A: рефлекторные;

B: компрессионные;

C: компрессионно-рефлекторные.

? № 51,04. У пациента синдромы поясничного уровня:

A: профессионального генеза;

B: общего генеза;

C: вопрос не корректен, поскольку для ответа необходима СГХ рабочего места работника.

? № 51,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 52.

З-ер В.И., 1955 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 29.01 – 07.02.2007 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент на физических работах начал работать с середины 1970-х годов; менял профессии; в течение последних 20 лет

работал грузчиком, стропальщиком; в шахте – проходчиком и ГРП.

По медицинской карте амбулаторного больного (ведётся с 1985 г.) – с 1986 г. периодически лечится с обострениями ШОХ (1986, 1987, 1995, 1996, 1999, 2002, 2003 гг.); обострения ШОХ протекали с периодическим вовлечением плечевых суставов ПЛП.

При Rg-обследовании шейного отдела позвоночника в 2002 г. помимо признаков ШОХ были выявлены аномалия Кимерли и шейные ребра С₇ с обеих сторон. В клинической картине течения ШОХ компрессионных проявлений не было зарегистрировано.

Дебют болей в суставах рук, онемения кистей – с 1998 г. В 2002 г. на ПМО выявлено НФС в левом плечевом суставе 0-I ст. Была заподозрена ВБ, составлена СГХ, но пациент во время работы не дошёл до ЦПП.

Прекратил работу в 2006 г. Парастезии, артралгии и онемение кистей продолжали беспокоить. Через год после прекращения работы направлен в ЦПП с подозрением на ВБ, имея новую СГХ из Роспотребнадзора за весь профмаршрут. По СГХ: 1985 – 1992 гг. – стропальщик и грузчик, по параметрам тяжести физического труда и вибрации – класс условий труда 2; в 1992 – 2003 гг. работал проходчиком, а в 2003 – 2006 гг. – ГРП, подвергаясь воздействию тяжелого физического труда классов 3.1-3.2 степени (по подъёму и перемещению тяжестей, суммарной массе поднимаемого груза, статической нагрузке) и одновременно воздействию локальной вибрации классов 3.2-3.4 степени. Стаж работы во вредных условиях труда составил 13 лет.

При поступлении в ЦПП: объективно – кисти цианотичны (+), гипотермичны (+), гипергидроз ладоней (+); синдром "белого пятна" – 4 сек. (d=s); ограничены движения в левом плечевом суставе 0-I ст., с-м Довборна (+) с двух сторон; сухожильные рефлексy средней живости, d=s; гипалгезия полиневритического типа до средней трети предплечий. Движение в шейном отделе позвоночника ограничены.

Rg-грамма суставов рук: (от 31.01.2007 г.) – деформирующий артроз локтевых суставов 2 ст.; двухсторонний эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; деформирующий артроз лучезапястных, пястно-фаланговых, межфаланговых суставов I ст.; эностозы основания дистальной фаланги II пальца левой кисти и дистальной фаланги III пальца левой кисти; деформирующий артроз плечевых суставов I ст., плечелопаточный периартроз (ПЛП) обоих плечевых суставов. Выраженной динамики в сравнении с данным аналогичного обследования в 2003 г. нет.

Консультирован ортопедом: объём движений в плечевом суставе слева ограничен – отведение и сгибание 160°; в остальных суставах движения в полном объёме.

Rg-грамма шейного отдела позвоночника: имеются проявления ШОХ с компенсаторными изменениями от С₂₋₃ по С₆₋₇; патологическая подвижность до 3 мм на уровнях С₃₋₄, С₅₋₆; аномалия Кимерли, шейные ребра.

РВГ верхних конечностей – ПК на кистях значительно снижено, на предплечьях - незначительно снижено, тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен на кистях, венозный отток сохранён.

КТМ рук – 20,5-19,5⁰С; При ХП отмечено побеление 4-х фаланг; Т⁰ III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения, через 20 и 60 мин после охлаждения – 20,1⁰С, 6,8⁰С, 14,5⁰С и 19,6⁰С и на левой кисти – 19,4⁰С, 7,7⁰С, 13,9⁰С и 18,5⁰С соответственно.

При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 13,5; 16,5 и 21,5 и слева – 14,5; 15,0 и 20,0 дБ.

СЭНМГ: Снижены скорости по сенсорным волокнам на локтевых и срединных нервов от 26,3; до 36,7 м/сек, снижены амплитуды М-ответов локтевых нервов с двух сторон; справа - снижением СРВ по двигательных волокнам на периферии, слева – без снижения скоростей по моторным волокнам; по правому срединному нерву снижена скорость по терминалям (РЛ – 2,83мс); по левому срединному нерву патологии не выявлено.

? № 52,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 КТМ нормальная;

4 КТМ снижена,

то состояние периферического кровообращения соответствует:

A: 1+3;

B: 1+4;

C: 2+3;

D: 2+4.

? № 52,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности в целом:

3 снижен;

4.нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

A: +3 и 2+3;

B: 1+4 и 2+4;

C: 1+5 и 2+5;

D: 1+5 и 2+4;.

E: 1+5 и 2+3;

F: 1+4 и 2+3.

? № 52,03. Если:

1 Граница отведения плечевого сустава;

2 Граница сгибания плечевого сустава;

3 200⁰;

4 180⁰;

5 160⁰,

то нормальная граница отведения и сгибания соответствует:

A: 1+3 и 2+3;

B: 1+4 и 2+4;

C: 1+5 и 2+5;

D: 1+4 и 2+5;

E: 1+5 и 2+3.

? № 52,04. У пациента объём движение в плечевых суставах:

A: сохранен;

B: НФС 0-I ст.;

C: НФС I ст.;

D: НФС I-III ст.

? № 52,05. Клиническая картина обусловлена:

A: вибрационной болезнью от воздействия локальных вибраций;

B: плечелопаточным периартрозом и ДОА локтевых суставов;

C: рефлекторными синдромами шейного уровня.

? № 52,06. ПЛП у пациента является:

A: заболеванием, обусловленным тяжелым физическим трудом;

B: периферической (внеverteброброгенной) формой проявления вертеброброгенной патологии шейного уровня;

C: проявлением полиостеоартроза возрастного (инволютивного) генеза.

? № 52,07. Вибрационная болезнь маловероятна на основании:

A: недостаточной выраженности ангиодистонического синдрома;

B: развития ПЛП с нарушение функции суставов;

C: недостаточной выраженности вегетосенсорной полинейропатии.

? № 52,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 53.

В-ин В.Г., 1960 г.р., (48 л.), обследован в ЦПП 11.01 – 16.01.2009 г. История заболевания: согласно копии трудовой книжки пациент работает предположительно с функциональными перенапряжением рук и верхнего плечевого пояса, а также и с вибрацией с 1985 г. по настоящее время вначале каменщиком–огнеупорщиком, в последующем – машинистом экскаватора.

Анамнестически: боли и онемение рук появились с середины 1990-х годов. По медицинским же документам начало заболевания относится к 2006 г.: тогда после ПМО прошёл обследование в ЦПП и был взят в группу динамического наблюдения с отдельными признаками поражения периферической нервной си-

стемы от воздействия комплекса вредных факторов производства на верхние конечности.

В 2008 г. в эндокринологическом отделении ГКБ № 1 установлен диагноз: сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Первичным звеном профслужбы заподозрен профессиональный генез патологии периферической нервной системы, запрошена и получена от Роспотребнадзора СГХ рабочего места. Согласно последней пациент в период работы каменщиком–огнеупорщиком (1985 – 1992 годы.) подвергался функциональному перенапряжению на верхние конечности (класс условий труда 3.3 ст.); с 1993 г. по настоящее время в профессии машиниста экскаватора подвергается воздействию локальной и общей вибрации класса 3.1 ст. Пациент направлен в ЦПП.

При поступлении в ЦПП: жалобы на онемение кистей в покое, периодически онемение стоп, постоянные боли в суставах рук и голеностопных суставах, усиливающиеся при нагрузках, слабость в руках. Объективно: кисти тёплые, естественной окраски, дистальный гипергидроз; . симптом "белого пятна" – 3 сек.; движения в суставах рук болезненные, в полном объёме. Болезненные надмыщелки плечевых костей. Гипестезия по полиневритическому типу до локтя; симптом Тинеля отрицательный; карпорадиальные и сухожильные рефлексы низкие, равные.

РВГ: ПК снижено, больше на кистях, спазм артерий, венозный отток сохранён. КТМ – 29,0-31,2⁰С. При ХП наступило побеление 3-х фаланг. При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 12,5; 14,00 и 22,5 и слева – 11,5; 15,0 и 20,0 дБ.

Стимуляционная ЭНМГ – скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 28 м/сек и на голенях – 12,1 м/сек.; сахар крови – 4,7 ммоль/л.

? № 53,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 КТМ нормальная;

4 КТМ снижена,

то состояние периферического кровообращения соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 2,3;

D: 2,4.

? № 53,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности:

3 снижен;

4.нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

- A: 1,3 и 2,3;
- B: 1,4 и 2,4;
- C: 1,5 и 2,5;
- D: 1,3 и 2,4;
- E: 1,4 и 2,5;
- F: 1,5 и 2,4.

? № 53,03. Если:

- 1 СРВ по сенсорным волокнам верхних конечностей;
- 2 СРВ по сенсорным волокнам нижних конечностей;
- 3 СРВ снижена;
- 4.СРВ нормальна;
- 5 СРВ повышена,

то по ЭНМГ состояние периферической нервной системы соответствует:

- A: 1,5 и 2,3;
- B: 1,5 и 2,4;
- C: 1,4 и 2,3;
- D: 1,3 и 2,3;
- E: 1,4 и 2,4;
- F: 1,5 и 2,5.

? № 53,04. У пациента клинически значимой для оценки профессиональной ситуации является патология:

- A: мягких образований костно-мышечной системы (КМС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- B: костных образований КМС и ОДА;
- C: периферической нервной системы.

? № 53,05. У пациента имеющаяся патология:

- A: профессионального генеза;
- B: общего генеза.

? № 53,06. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 54.

О-ко С.А., 1960 г.р. (53 г.), обследовался в ЦПП в марте 2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1983 г. по настоящее время работал в профессиях ГРП, ГМП в условиях воздействия функционального перенапряжения на руки, вибрации, предположительно превышающих предельно допустимые уровни.

Анамнестически: зябкость рук появилась с 2002 г. Одним-двумя годами позже появились боли и онемение кистей. Первое документированное обращение с болями в верхних конечностях – в 2005 г. и в последующем – ежегодно. Диа-

гностировались то вегетосенсорная полинейропатия, то эпикондилёзы, то отдельные признаки воздействия вибрации. С 2009 г. обострения возникали по 2 раза в год, но лечился без больничных листов.

В 2012 г. заподозрена вибрационная болезнь от воздействия локальных вибраций. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, в которой указано, что пациент подвергался воздействию функционального перенапряжения на верхние конечности, превышающего ПДУ (классы 3.3-3.2 ст.) – в течение всего профмаршрута (1983 г.- настоящее время); воздействию локальной вибрации выше ПДУ (класс 3.3 ст.) – с 1985 по 2003 г. и воздействию локальной вибрации выше ПДУ (класс 3.2 ст.) с 2003 г. по настоящее время.

При поступлении в ЦПП: жалобы на онемение рук до средней трети предплечий; постоянные боли в суставах кистей, усиливающиеся после нагрузок; повышенная чувствительность к холоду; слабость в руках.

Объективно: кисти гипотермичные, цианотичные; дистальный гипергидроз; симптом "белого пятна" – 4 сек; движения в суставах болезненные, в полном объёме; кистевая динамометрия: справа – 29 и слева – 22 кг; гипестезия по полиневритическому типу до локтя; симптом Тинеля – отрицательный; сухожильные рефлексы живые, равные.

Rg-граммы кистей: ДОА плечевых, локтевых, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых суставов – I ст.; двусторонний ПЛП; эпикондилёз плевых костей; деформирующиеся локтевые шпоры; эностоз II и V пястных костей справа; остеопороза не выявлено.

РВГ: ПК значительно снижено, тонус артерий – в норме; венозный отток затруднён на кистях.

Стимуляционная ЭНМГ: СРВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 31,7-35,3 м/сек и по моторным волокнам правого срединного нерва на проксимальном участке – 44,8 м/сек; амплитуда его М-ответа – 5,8 мВ.

КТМ: справа – 29,6-31,8 и слева – 30,3-31,8⁰С. При ХП побеления фаланг не наступило. Т⁰ III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения и через 20 мин. – 30,8-7,8-30,6 и слева 31,4-6,9-31,3⁰С.

При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 6,9-7,7-10,5 и слева – 6,2-10,6 и 11 дБ.

? № 54,01. У пациента полностью сформировавшимся синдромом является:

- A: ангиодистонический;
- B: вегетосенсорной полинейропатии;
- C: миоостеодистрофический;
- D: ни один из перечисленных;
- E: все перечисленные.

? № 54,02. Имеющиеся признаки могут быть оценены в рамках сформировавшейся нозологической единицы, а именно:

- A: вибрационной болезни от локальных вибраций;
- B: эпикондилёзов;
- C: вегетосенсорной полинейропатии;
- D: ШОХ с рефлекторными синдромами;
- E: признаки не укладываются ни в одну из названных нозологических единиц.

? № 54,03. Пациент в дальнейшем динамическом наблюдении в ЦПП:

А: нуждается;

В: не нуждается.

? № 54,04. Противопоказания к работе по профессии у пациента:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 54,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 55.

К-ов М.Н., 1953 г.р. (55 л.), обследован в ЦПП 26.12 – 16.01.2009 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1977 г. по настоящее время работает машинистом тепловоза на металлургическом комбинате, подвергаясь предположительно воздействию вибраций.

По анамнезу и медицинской карте амбулаторного больного: ПОХ с редкими обострениями (1999 и 2007 гг.); больничные листы продолжительностью до недели с обострениями ШОХ и ПЛП – в 2003 г. В 2001 г. – амбулаторное лечение на б/л в течение 8 дней в связи с повышением АД крови. С 2002 г. – экстрасистолия. Последние 5-6 лет (2003 – 2004 гг.) беспокоит онемение кистей обычно в ночное время.

В 2007 г. заподозрена полинейропатия верхних конечностей. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, согласно которой общая вибрация в течение 31-летнего стажа работы в профессии машиниста тепловоза относится к классу 3.1 ст.; локальная вибрация не превышает ПДУ (класс 2); тяжесть трудового процесса – также относится к классу 2.

Пациент с предварительным диагнозом "вибрационная болезнь" был направлен в ЦПП.

При поступлении в ЦПП: кисти – цианотичные; стопы – телесного цвета, стопы и кисти – гипотермичны; гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 2 сек.; сухожильные рефлексы с рук и ног – средней живости, симметричны; нарушений чувствительности нет. АД при поступлении 150/95. ЭКГ – начальные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, частые желудочковые экстрасистолы. На глазном дне по заключению окулиста – гипертензивная ангиопатия.

КТМ – 29,1-29,5⁰С. При ХП побеления фаланг пальцев не наступило. Температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения и через 20 мин. после пробы – 29,3-6,4-29,2⁰С и левой кисти – 29,1-7,0-29,4⁰С соответственно.

Показатели ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 3,8-6,2-5,9 и слева – 3,2-5,1 и 5,5 дБ соответственно.

РВГ верхних и нижних конечностей – ПК на уровне кистей и голеней снижено; тонус артериол и прекапилляров повышен на кистях, левом предплечье и голенях; венозный отток затруднен на правом предплечье.

Rg-грамма кистей и локтевых суставов – ДОА лучезапястных суставов I ст.; кистовидная перестройка головки и шиловидного отростка левой локтевой кости; эностоз диафиза средней фаланги III пальца правой кисти.

СЭНМГ: скорости распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов – 20,8-35,1 м/сек; резидуальная латентность правого срединного нерва – 3,05 мс и СРВ по его двигательным волокнам – 61,8 м/сек; СРВ по моторным волокнам слева по срединному нерву на дистальном участке составляла 45,0 м/сек и по локтевому нерву на проксимальном участке – 48,5 м/сек.

? № 55,01. Скорости РВ по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов:

- А: снижены;
- В: нормальны;
- С: повышены.

? № 55,02. Резидуальная латентность правого срединного нерва:

- А: снижена;
- В: нормальна;
- С: повышена.

? № 55,03. СРВ по моторным волокнам срединного и локтевого нервов:

- А: снижены;
- В: нормальны;
- С: повышены.

? № 55,04. По данным КТМ и ХП ангиодистонический синдром:

- А: отсутствует;
- В: имеются признаки начального его формирования;
- С: можно говорить об его инструментальном проявлении.

? № 55,05. По данным определения ВЧ она:

- А: не нарушена;
- В: имеются начальные проявления нарушения ВЧ в виде её асимметрии между кистями;
- С: можно говорить о повышении ВЧ справа на все частоты.

? № 55,06. Если синдром:

1. миоостеодистрофический;
 2. вегетосенсорной полинейропатии;
 3. ангиодистонический
- и если синдром:
4. практически отсутствует;
 5. сформирован не полностью;
 6. сформирован полностью,
- то клиническая ситуации соответствует:
- А: 1+5, 2+6, 3+5;

- В: 1+4, 2+5, 3+5;
- С: 1+6, 2+4, 3+6;
- Д: 1+4, 2+5, 3+6;
- Е: 1+6, 2+6, 3+4.

? № 55,07. Данные обследования указывают на развитие клинических проявлений преимущественно из-за:

- А: патологии мягких образований опорно-двигательного аппарата;
- В: патологии плотных образований опорно-двигательного аппарата;
- С: изменений периферической нервной системы;
- Д: ангиодистонических нарушений.

? № 55,08. У пациента имеется:

- А: вибрационная болезнь от воздействия общих вибраций;
- В: вегетосенсорная полинейропатия как самостоятельная нозология;
- С: общесоматическая патология, имитирующая профессиональное заболевание.

? № 55,09. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 56.

К-ий А.И., 1963 г.р. (45 л.), обследован в ЦПП 21.10 – 05.11.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1990 г. по настоящее время работает проходчиком, испытывая воздействия тяжелого физического труда и локальной вибрации, подвергаясь воздействию физического труда и вибрации, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: онемение пальцев рук появилось с 2000 г. К 2003 г. присоединились боли в суставах рук и повышенная чувствительность кистей к холоду с побелением их пальцев. В поликлинику не обращался. Указанные жалобы предъявил на ПМО в 2007 г.

Была заподозрена вибрационная болезнь; запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, в которой указано, что в профессии проходчика (1994 год – настоящее время; стаж работы во вредных условиях труда составляет 18 лет) испытывал воздействия локальной вибрацией класса 3.4 ст. и физических нагрузок класса 3.1 ст.

При поступлении в ЦПП: объективно – кисти цианотичны, нормотермичны, гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 4 сек.; движения в суставах в полном объеме; сухожильные рефлексy симметричные, живые; гипалгезия кистей.

Rg-грамма локтевых, плечевых суставов и кистей – деформирующий артроз локтевых, плечевых, лучезапястных, пястнофаланговых и дистальных межфаланговых суставов – I ст.; плечелопаточный периартроз обоих плечевых суставов; наружный эпикондилёз правой плечевой кости; локтевая шпора левой локтевой кости, формирующаяся локтевая шпора правой локтевой кости; кисты головки левой локтевой кости, головки правой локтевой кости; эностоз дистального эпи-

физа правой лучевой кости; посттравматическая деформация дистальной фаланги II пальца правой кисти.

Архивные СЭМГ: скорости РВ по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов снижены от 21,7 до 34,4 м/сек.; по моторным волокнам – 51 м/сек; скорости по терминалям и амплитуда их М-ответов – в норме.

КТМ – 27,3 - 27,4⁰С. ХП – положительная: побеление 2-х дистальных фаланг 3-х пальцев (6 баллов); исходная Т⁰ не восстановилась через 1 час. Выявлено лёгкое снижение ВЧ на низкие частоты. РВГ верхних конечностей – ПК на уровне кистей и левого предплечья снижено, тонус артериол и прекапилляров повышен на кисти слева; венозный отток затруднен на кисти слева и предплечьях.

? № 56,01. У пациента наиболее манифестным является синдром:

А: миоостеодистрофический;

В: вегетосенсорной полинейропатии;

С: ангиодистонический;

Д: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 56,02. У пациента наименее клинически значимым является синдром:

А: миоостеодистрофический;

В: вегетосенсорной полинейропатии;

С: ангиодистонический;

Д: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 56,03. У пациента имеется:

А: поражение мягких образований опорно-двигательного аппарата;

В: поражение плотных образований опорно-двигательного аппарата;

С: поражение периферической нервной системы;

Д: вибрационная болезнь от воздействия локальных вибраций.

? № 56,04. У пациента основным является:

А: профессиональное заболевание периферической нервной системы;

В: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;

С: вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации;

Д: общесоматическая патология.

? № 56,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 57.

К-ев В.Г., 1952 г.р. (59 л.), обследован в ЦПП 02.03 – 17.03.2011 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1981 г. по настоящее время работает футеровщиком и огнеупорщиком на заводе по изготовлению металлических конструкций, подвергаясь воздействию тяжелого физического труда и вибрации, предположительно превышающих ПДУ.

Анамнестически: с середины 2000-х годов беспокоят боли в руках и их онемение; снижение силы в руках. За медицинской помощью не обращался, ПМО проходил ежегодно. По данным ПМО 2010 г. заподозрена вибрационная болезнь.

Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, из которой известно, что по всему профмаршруту в течение 30 лет до настоящего времени пациент в профессиях футеровщика и огнеупорщика подвергался воздействию функционального перенапряжения на руки классом 3.2 ст. и локальной вибрации классом 3.3 ст.

При поступлении в ЦПП: жалобы на повышенную чувствительность рук к холоду, болезненные тонические судороги в пальцах рук; постоянное онемение кистей и предплечий; постоянные боли в суставах рук, слабость в руках. Перечисленные жалобы беспокоят много лет, усилились в последние 3-4 года.

Объективно – кисти гипотермичные с выраженным цианозом; дистальный гипергидроз; симптом "белого пятна" – 5 сек.; гипестезия по полиневритическому типу до средней трети предплечий; симптом Тинеля положительный в кубитальных каналах; сухожильные рефлексы живые, равные; движения в суставах рук болезненные, в полном объёме; выраженная болезненность периартикулярной ткани суставов рук; динамометрия: справа – 25 кг, слева – 18 кг.

КТМ – 32,0 - 32,4°C. ХП – отрицательная, значительно пролонгированная (исходная T^0 не восстановилась в течение часа). РВГ – ПК снижено, особенно на кистях, венозный отток затруднен.

ВЧ снижена на все частоты. Стимуляционная ЭМГ – повышена терминальная латентность по срединным нервам; скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам – 26,4 - 42,9 м/сек. и по моторным волокнам нервов предплечий – 37,9 - 49 м/сек.

Rg-граммы кистей, локтевых и плечевых суставов – ДОА левого плечевого, седловидных, пястнофаланговых суставов – II ст.; правого плечевого, локтевых, лучезапястных, межфаланговых суставов – I ст.; двусторонний ПЛП; кистовидная перестройка головок I пястных костей; энстоzy проксимальной фаланги IV пальца и основания средней фаланги II пальца правой кисти; признаки остеопороза.

Денситометрия – имеется убыль костной ткани на 22% от "пикового" значения, $T = -2,3SD$. Заключение – остеопения.

? № 57,01. Из имеющихся у пациента синдромов наиболее выражен:

A: ангиодистонический;

B: вегетосенсорной полинейропатии;

C: миоостеодистрофический;

D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 57,02. Из имеющихся у пациента синдромов наименее выражен:

A: ангиодистонический;

B: вегетосенсорной полинейропатии;

C: миоостеодистрофический;

D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 57,03. Если имеется:

1. повышенная чувствительность рук к холоду;

2. пролонгированный симптом "белого пятна";

3. постоянное онемение кистей и предплечий;
 4. снижение ВЧ на все частоты;
 5. дистальный гипергидроз кистей;
 6. слабость в руках,
- то ангиодистоническому синдрому соответствует:

- A: 1,2,4;
- B: 1,3,5;
- C: 1,2,5;
- D: 2,3,6;
- E: 3,4,6;
- F: 4,5,6.

? № 57,04. Из имеющихся синдромов:

- A: хотя бы один ещё не полностью сформировался;
- B: все синдромы полностью сформированы.

? № 57,05. У пациента вибрационная болезнь находится:

- A: на стадии отдельных признаков воздействия вибрации
- B: на стадии вибрационной болезни I ст.;
- C: на стадии вибрационной болезни I-II ст.

? № 57,06. У пациента противопоказания к работе в условиях воздействия вибрации:

- A: имеются;
- B: отсутствуют.

? № 57,07. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 58.

И-ов Ф.Р., 1958 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 21.12 – 10.01.2007 г. История заболевания: по копии трудовой пациент с 1983 г. с небольшими перерывами (1989 – 1990 и 1993 – 1995 гг.) по настоящее время работает на шахте проходчиком, подвергаясь воздействию предположительно тяжелого физического труда и локальной вибрации.

По анамнезу – боли в локтевых, плечевых суставах, предплечьях, онемение пальцев рук и их повышенная чувствительность к холоду наблюдаются в начале 2000-х годов. Не обращался.

В 2004 г. на ПМО заподозрена вибрационная болезнь. Как будто подавалось извещение о предварительном диагнозе вибрационной болезни, но СГХ не была составлена и пациент на обследование в ЦПП не был направлен.

В 2007 г. после очередного ПМО направлен в ЦПП на консультацию для оценки профпатологической ситуации в отношении вибрационной болезни.

При поступлении в ЦПП: объективно – кисти гипертермичны; цианоз пальцев; гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 4 сек.; движения в суставах в

полном объёме; сухожильные рефлексy с рук средней живости, симметричны; гипалгезия кистей полиневритического типа.

Rg-грамма кистей, локтевых и плечевых суставов – деформирующий артроз плечевых, локтевых, лучезапястных суставов – I ст.; плечелопаточный периартроз; двусторонний эпикондилёз плечевых костей с пареооссальным обызвествлением под внутренним надмышцелком левой плечевой кости; локтевые шпоры; эностозы проксимального метафиза правой плечевой кости.

СЭНМГ – скорости РВ по сенсорным волокнам локтевых и срединных нервов – от 23,1 до 36,4 м/сек; резидуальная латентность по срединному нерву справа – 3,03 мс; амплитуда М-ответа по локтевому нерву слева – 5,8 мВ; скорости РВ на дистальном участке по двигательным волокнам – 48,2 м/сек.

РВГ верхних конечностей – на уровне кистей ПК снижено, тонус артериол и прекапилляров повышен на кистях; венозный отток сохранён.

КТМ – 31,5 - 28,1⁰С. При ХП – побеление 3-х фаланг 3-х пальцев; температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения, через 20 и через 60 мин после пробы – 29,1-6,2-24,4-28,1⁰С и левой кисти – 30,2-7,9-26,7-29,3⁰С соответственно.

При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 14,8-16,0-19,5 и слева – 12,2-18,6 и 24,0 дБ.

? № 58,01. СРВ по сенсорным волокнам локтевых и срединных нервов:

- А: снижена;
- В: нормальна;
- С: повышена.

? № 58,02. Резидуальная латентность срединного нерва справа:

- А: снижена;
- В: нормальна;
- С: повышена.

? № 58,03. Амплитуда М-ответа по локтевому нерву слева:

- А: снижена;
- В: нормальна;
- С: повышена.

? № 58,04. СРВ на дистальном участке по двигательным волокнам:

- А: снижена;
- В: нормальна;
- С: повышена.

? № 58,05. Если ХП:

- 1 отрицательная;
 - 2 положительная
- и если восстановление кожной T^0 при ХП:
- 3 нормальное;

4 замедленное,
то данные ХП оцениваются как:

- A: 1,3;
- B: 1,4;
- C: 2,3;
- D: 2,4.

? № 58,06. Среднее значение порога вибрационной чувствительности повышено:

- A: только на низкие частоты;
- B: только на средние частоты;
- C: только на высокие частоты;
- D: на все частоты;
- E: порог вибрационной чувствительности нормален для всех частот.

? № 58,07. У пациента наиболее манифестным является синдром:

- A: миоостеодистрофический;
- B: вегетосенсорной полинейропатии;
- C: ангиодистонический;
- D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 58,08. У пациента наименее клинически значимым является синдром:

- A: миоостеодистрофический;
- B: вегетосенсорной полинейропатии;
- C: ангиодистонический;
- D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 58,09. У пациента имеется:

- A: поражение мягких образований опорно-двигательного аппарата;
- B: поражение плотных образований опорно-двигательного аппарата;
- C: поражение периферической нервной системы;
- D: сочетанное поражение периферической нервной системы и костно-мышечной систем.

? № 58,10. ВК по профпатологии имела право вынести заключение о наличии у пациента:

- A: вибрационной болезни;
- B: подозрения на вибрационную болезнь;
- C: предварительного диагноза: вибрационная болезнь;
- D: отдельных признаков воздействия вибрации;
- E: отсутствия подозрения на вибрационную болезнь.

? № 58,11. У пациента основным является:

- A: профессиональное заболевание периферической нервной системы;
- B: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;

С: вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации;
D: общесоматическая патология.

? № 58,12. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 59.

Щ-ин Н.И., 1954 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 24.11 – 08.12.2005 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент в 1974 – 1989 гг. работал бурильщиком и с 1990 г. по настоящее время – машинистом буровой установки, подвергаясь воздействию вибрации, предположительно превышающему ПДУ.

По анамнезу – с началом 1990-х годов появились боли в руках, повышенная чувствительность рук к холоду. В последующем стал отмечать спонтанное побеление пальцев. С 1998 г. начались амбулаторные обращения и лечения с болями в локтевых и плечевых суставах; диагностировались то артрозы, то периартрозы.

В 2004 г. возникло подозрение на вибрационную болезнь. Запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места, из которой известно, что пациент по всему профмаршруту в течение 28 л. подвергался воздействию локальной вибрации класса 3.1 ст. и статико-динамическим нагрузкам на руки класса 3.1 ст. Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией.

При поступлении в ЦПП: жалобы на онемение пальцев рук; снижение мышечной силы в руках; боли в суставах рук, больше – в локтевых и плечевых. Объективно: кисти цианотичны; гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 7 сек.; гипалгезия полиневритического типа до нижней трети предплечий и в области срединного нерва справа на кисти; карпорадиальные рефлексy снижены с двух сторон; ограничены движения в плечевых суставах I ст., синдром Довборна положителен с двух сторон.

Кистевая динамометрия: справа – 32 кг, слева – 28 кг; КТМ – 23,3-24,5⁰С. При XII пробе произошло побеление 2 фаланг 2-х пальцев (4 балла); исходная T⁰ не восстановилась в течение часа. При определении ВЧ выявлено умеренное её снижение на все частоты.

РВГ верхних конечностей – ПК на уровне предплечий значительно снижено, спазм сосудов артериального русла всех уровней. Реакция сосудов на нитроглицерин адекватная.

СЭНМГ – замедлено проведение по сенсорным волокнам срединного и локтевого нервов (грубее на срединном справа); замедлена скорость проведения по двигательным волокнам правого локтевого нерва в проксимальном участке.

Rg-грамма кистей, локтевых и плечевых суставов: ДОА остеоартроз плечевых суставов II ст.; акромиально-ключичных сочленений III ст.; локтевых, лучезапястных суставов I ст.; плечелопаточный периартроз обоих плечевых суставов; наружный эпикондилёз левой плечевой кости, двусторонний эпикондилёз правой плечевой кости; локтевые шпоры обеих локтевых костей; кистовидная перестройка ладьевидной кости правого запястья; эностоз ногтевой бугристости дистальной фаланги V-го пальца правой кисти.

Консультация ортопеда: объём движений в локтевых $180-35/40^0$; в правом плечевом суставе: сгибание-разгибание – $180-40^0$; отведение-приведение $180-0^0$; в левом плечевом суставе: сгибание-разгибание – $175-40^0$; отведение-приведение $155-0^0$.

? № 59,01. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как:

А: отдельные признаки воздействия вибрации и функционального перенапряжения на верхние конечности;

В: предварительный диагноз – вибрационная болезнь;

С: группа риска по развитию вибрационной болезни;

Д: группа повышенного риска по развитию вибрационной болезни.

? № 59,02. Какие синдромы имеются:

А: туннельный синдром;

В: вегетосенсорной полинейропатии;

С: синдром "плечо-кисть";

Д: миоостеодистрофический;

Е: ангиодистонический.

? № 59,03. Если:

1 гипалгезия полиневритического типа;

2 гипергидроз ладоней;

3 онемение пальцев рук;

4 кисти цианотичны;

5 пролонгированный синдром "белого пятна";

6 синдром Довборна положителен;

7 карпорадиальные рефлексy снижены;

8 мышечная сила в кистях снижена,

то ангиодистонический синдром представлен:

А: 1+2+6;

В: 2+4+5;

С: 5+6+8;

Д: 1+5+7.

? № 59,04. Если:

1 гипалгезия полиневритического типа;

2 гипергидроз ладоней;

3 онемение пальцев рук;

4 кисти цианотичны;

5 пролонгированный синдром "белого пятна";

6 синдром Довборна положителен;

7 карпорадиальные рефлексy снижены;

8 мышечная сила в кистях снижена,

то вегетосенсорный синдром представлен:

А: 2+3+6;

В: 4+5+8;

C: 1+3+7;

D: 1+5+7.

? № 59,05. Имеющиеся синдромы сформированы:

A: полностью;

B: не полностью.

? № 59,06. Из имеющихся синдромов менее всего представлен:

A: ангиодистонический;

B: вегетосенсорный;

C: миоостеодистрофический;

D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 59,07. Если движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

1 отведение-приведение;

2 сгибание-разгибание

и если нормальными границами движения плечевого сустава в этой плоскости являются:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции сустава соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

E: 2,4;

F: 2,5.

? № 59,08. Если движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

1 отведение-приведение;

2 сгибание-разгибание

и если нормальными границами его движения в этой плоскости являются:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции сустава соответствует:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 1,5;

D: 2,3;

E: 2,4;

F: 2,5.

? № 59,09. У пациента противопоказания к работе в своей профессии:

А: отсутствуют;

В: имеются.

? № 59,10. Направление работника на экспертизу связи заболевания с профессией:

А: преждевременно;

В: своевременно;

С: запоздалое.

? № 59,11. У пациента клиническая ситуация соответствует:

А: вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации;

В: плечелопаточному периартрозу с нарушением функции суставов;

С: вегетосенсорной полинейропатии срединного и локтевого нервов справа;

Д: нозологическая идентификация симптоматики преждевременна и нарушение здоровья представлено отдельными синдромами.

? № 59,12. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 60.

Т-на Л.И., 1961 г.р. (47 л.), обследована в ЦПП 12.12 – 24.12.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки известно, что с 1979 г. по настоящее время пациентка работает с неоднократными многолетними перерывами машинистом крана на производстве, испытывая воздействия физического труда и пыли, предположительно превышающих ПДУ и ПДК.

Боли в плечевых и локтевых суставах анамнестически и по амбулаторной карте появились в начале 2007 г., хронологически совпав с психоэмоциональным стрессом. Почти одновременно развились синдром Рейно и нестабильная артериальная гипертензия (АГ), периодические ощущения недостатка воздуха. Из-за артралгий, АГ и эпизодов синдрома Рейно стала сразу обращаться за медицинской помощью. Лечилась и амбулаторно, и стационарно с различными диагнозами: гипертоническая болезнь, ХОБЛ; обследовалась на предмет ШОХ, ПОХ; исключалась эндокринная патология. В течение одного года проведены: Rg-графия органов грудной клетки; шейного и поясничного отделов позвоночника, турецкого седла; УЗИ щитовидной железы, сосудов шеи и верхних конечностей, внутренних органов; эхокардиография; РВГ верхних конечностей; ЭМГ верхних конечностей; ФГДС; консультирована гинекологом и проведены гормональные исследования (кортизол, пролактин, ТТГ, Т₃, Т₄, ВМК); проводились неоднократные исследования периферической крови и мочи. При лечении в пульмонологическом отделении в августе 2008 г. консультирована психотерапевтом с заключением о наличии тревожно-депрессивного синдрома. Какой-либо конкретной соматической патологии, объяснявшей синдром Рейно, не было выявлено.

Наконец, заподозрена вибрационная болезнь как возможная причина синдрома Рейно. Первичным звеном профпатологии запрошена и получена СГХ (от

2008 г.), согласно которой в 1979 – 1992, 2000 – 2002 гг. и с 2005 г. по настоящее время работает в профессии машиниста крана. Однако локальная вибрация класса 3.1 имела место при работе только в 1992 – 2000 гг.; в остальное время локальная вибрация не превышала ПДУ.

С подозрением на вибрационную болезнь пациентка направлена в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией. С собой имела результаты Rg-исследования: Rg-графия локтевых, плечевых суставов и кистей (18.04.2008 г.) – деформирующий артроз локтевых, плечевых, лучезапястных, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов I ст., минимальные признаки плечелопаточного периартроза обоих плечевых суставов, двусторонний эпикондилёз плечевых костей, эностоз головки 5 пястной кости левой кисти; Rg-графия шейного отдела (02.08.2007 г.): шейные рёбра C₇ – I ст.; скошенность передних углов тел C₃, C₄, C₅ и C₆; при разгибании позвонки C₂, C₃, C₄ и C₅ смещаются кзади до 2 мм, при сгибании C₂ и C₅ устанавливаются в нормальное положение, C₃ и C₄ смещаются кпереди на 1 мм.

В ЦПП анамнестически выявлено наличие у пациентки с 27-летнего возраста признаков вегетативной дистонии (вестибулопатия, "немотивированный субфебрилитет", периоды респираторной одышки, ощущение нехватки воздуха). В последние годы стали возникать немотивированное изменение настроения, плохой сон, фобии.

При поступлении предъявляла жалобы на выраженные мучительные, постоянные боли в плечевых и локтевых суставах, затрудняющие активную деятельность и ночной сон; частое спонтанное побеление пальцев кистей; периодически "ватность" в левой руке, парестезии пальцев рук.

Объективно: кисти телесного цвета, теплые, обычной влажности, узелки Гебердена. Синдром "белого пятна", d=s=3 сек. Движения в суставах в полном объёме, активные движения не затруднены, болезненна пальпация латеральных надмышцелков плечевых костей с двух сторон, большого бугорка плечевой кости слева. Сухожильные рефлексы средней живости, d=s, чувствительных расстройств не выявлено.

Консультация невролога: шейный остеохондроз C₂-C₆ в аномальном позвоночнике (шейные рёбра C₇ I ст.), хроническое рецидивирующее, непрогрессирующее течение, рефлекторные синдромы.

Стимуляционная ЭНМГ: СРВ по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов снижены от 23,1 до 32,7 м/сек.; по терминалям и моторным волокнам срединных и локтевых нервов – в норме; амплитуды М-ответов на периферии не снижены.

При ХП – отсроченное побеление всех фаланг II-IV пальцев кистей; в течение госпитализации неоднократно предъявляла персоналу спонтанное побеление пальцев. Вибрационная чувствительность – значительно снижена на все частоты.

РВГ верхних конечностей – пульсовое кровенаполнение на уровне кистей значительно снижено, на уровне предплечий умеренно снижено, тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен на кисти слева, венозный отток затруднен на кистях и предплечьях.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 сокращения в мин., без существенных изменений в миокарде. Спирографическое исследование с проведением пробы с бронхолити-

ками: ЖЕЛ – 45 (53)%, ФЖЕЛ – 50 (53)%, ОФВ₁ – 43 (55)%, МОС₂₅ – 30 (49)%, МОС₅₀ – 30 (41)%, МОС₇₅ – 42 (56%). По заключению "функционалиста" – дыхательный маневр выполнен без достаточного волевого усилия. Лабораторные показатели крови и мочи – без дополнительной информации.

? № 60,01. Выраженный синдром Рейно у пациентки является признаком:

А: вибрационной болезни;

В: синдромом "плечо-кисть" при шейном остеохондрозе;

С: общесоматической патологии.

? № 60,02. Синдром вегетосенсорной полинейропатии:

А: минимальной степени выраженности;

В: в стадии формирования;

С: почти сформировавшийся.

? № 60,03. Имеются основания диагностировать как основное заболевание:

А: профессиональное заболевание периферической нервной системы;

В: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;

С: вибрационную болезнь от воздействия локальной вибрации;

Д: общесоматическую патологию.

? № 60,04. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 61.

П-ев С.М., 1954 г.р. (52 л.), обследован в ЦПП 27.09 – 14.09.2007 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1970 г. по настоящее время работает в подземных условиях в разных профессиях – ГРОЗ, ГРП, машинист электровоза, подвергаясь воздействию общей вибрации и функциональных нагрузок на руки.

По амбулаторной карте: боли в суставах рук – с 1980 г., когда впервые лечился с левосторонним эпикондилезом, а в 1983 г. – с правосторонним. В последующем артралгии в локтевых суставах сохранялись, на больничных листах – не находился. По данным ПМО с конца 1990-х годов наметилась тенденция к нарушениям функции локтевых суставов (НФС). В 2005 г. высказано подозрение на ВБ; получена СГХ рабочего места от февраля 2007 г., согласно которой работал с физическими нагрузками на руки в профессиях ГРОЗ, ГРП в 1979 – 1986 гг. и 1998 – 2002 гг. в классах вредности 3.2-3.3 ст. (10 лет). В 1986 – 1998 гг. и с 2002 года по настоящее время работает машинистом электровоза подземным – без нагрузок на руки, но с общей вибрацией класса 3.1 ст.

В ЦПП при анализе амбулаторной карты в ней найдены записи о наличии у пациента пролапса митрального клапана, дополнительной хорды в левом желудочке и *spina bifida*. В объективном статусе: кисти и стопы телесного цвета, нормотермичны, гипергидроз ладоней и стоп (+). Синдром "белого пятна" 3 сек.,

(d=s). Движения в локтевых суставах ограничены, примерно 0-I ст., в остальных - в полном объёме. Сухожильные рефлексy с рук и ног живые, d=s, гипалгезия полиневритического типа кистей, нарушений чувствительности на ногах нет.

Rg-графия локтевых, плечевых суставов и кистей – деформирующий артроз локтевых и пястно-фаланговых суставов II ст., плечевых, лучезапястных I ст.; двусторонний эпикондилёз плечевых костей с параоссальными обызвествлениями у наружных надмышцелков; плечелопаточный периартроз; киста ладьевидной кости правого запястья; кистовидная перестройка головки мышцелка левой плечевой кости, головки 5 пястной кости правой кисти. Консультации ортопеда – объём движений в локтевых суставах справа – 170-35⁰, слева – 180-40⁰.

КТМ: справа – 28,5-27,6⁰С. При ХП – побеления пальцев не наступило. Исходная T⁰ III пальца справа – 27,1⁰С, через 60 мин после окончания пробы – 26,4⁰С; слева – 28,1⁰С, через 60 мин после окончания пробы – 27,2⁰С соответственно.

При определении ВЧ среднее значение её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 14,5; 9,5 и 15,0 и слева – 15,0; 9,0 и 16,0 дБ.

РВГ в/конечностей – пульсовое кровенаполнение на уровне кистей незначительно снижено, на уровне и предплечий – умеренно снижено, венозный отток сохранён. СЭНМГ: скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов – 34,6-46,2 м/сек.; резидуальная латентность по терминалям срединных нервов – 3,98-3,03 мс; СРВ по моторным волокнам этого нерва справа на проксимальном участке – 48,6 м/сек.; на дистальном – 48,1 м/сек.; по локтевым нервам – 57,2-54,3 м/сек.

? № 61,01. Результаты ХП надо оценить как:

- А: отрицательные;
- В: положительные;
- С: неопределенные.

? № 61,02. Время восстановления T⁰ после холодной пробы надо оценить как:

- А: замедленное;
- В: нормальное.

? № 61,03. Если среднее значение порога чувствительности на частоты:

- 1 низкие;
- 2 средние;
- 3 высокие;
- 4 снижено;
- 5 нормально,

то у пациента нарушение вибрационной чувствительности соответствует:

- А: 1+4,2+4,3+4;
- В: 1+4,2+4,3+5;
- С: 1+4,2+5,3+4;
- Д: 1+4,2+5,3+5;
- Е: 1+5,2+4,3+4;
- F: 1+5,2+4,3+5;

Н: 1+5,2+5,3+4;

І: 1+5,2+5,3+5.

? № 61,04. СРВ по сенсорным волокнам нервов предплечий:

А: повышена;

В: нормальна;

С: снижена.

? № 61,05. Резидуальная латентность по терминалям срединных нервов:

А: повышена;

В: нормальна;

С: снижена.

? № 61,06. СРВ по моторным волокнам срединного нерва:

А: повышена;

В: нормальна;

С: снижена.

? № 61,07. Соотношение СРВ по моторным волокнам срединного нерва на проксимальном и дистальном участках:

А: нормальное;

В: нарушено в пользу бóльшего поражения проксимального участка нерва;

С: нарушено в пользу бóльшего поражения дистального участка нерва.

? № 61,08. СРВ по моторным волокнам срединного нерва:

А: повышена;

В: нормальна;

С: снижена.

? № 61,09. Ангиодистонический синдром:

А: минимальной степени выраженности;

В: формирующийся;

С: полностью сформировавшийся.

? № 61,10. Вегетосенсорный синдром:

А: минимальной степени выраженности;

В: формирующийся;

С: полностью сформировавшийся.

? № 61,11. Амплитуда движения в локтевых суставах при НФС І ст. составляет не более:

А: 150°;

В: 135°;

С: 120°;

Д: 110°.

? № 61,12. Если:

1. ангиодистонический синдром;
2. вегетосенсорный синдром;
3. миоостеодистрофический синдром,

то синдромы в последовательности уменьшения выраженности располагаются:

A: 1,2,3;

B: 1,3,2;

C: 2,1,3;

D: 2,3,1,.

E: 3,1,2;

F: 3,2,1;

H: вопрос не корректен: все синдромы выражены паритетно.

? № 61,13. Выявленная симптоматика указывает на:

A: сформировавшуюся вибрационную болезнь;

B: сформировавшееся заболевание верхних конечностей от функционального перенапряжения;

C: сформировавшееся поражение периферической нервной системы профгенеза;

D: предположение о профессиональной патологии не аргументировано.

? № 61,14. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 62.

О-ин Н.Н., 1946 г.р. (61 г.), обследован в ЦПП 05.03 – 20.03.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1971 г. по настоящее время работает на металлургическом комбинате в разных профессиях: обжигальщик, огнеупорщик и в последние годы – слесарь-ремонтник, подвергаясь воздействию разных факторов производства, предположительно превышающих санитарно-гигиенические нормативы.

Медицинская карта амбулаторного больного представлена с 2000 г. В ней имеется лаконичная запись о том, что у пациента в 1977 г. была диагностирована вибрационная болезнь с синдромами вегетативного полиневрита и ангиоспазмов. Со слов пациента, расследования случая профессионального заболевания на производстве не проводилось; тогда на ВТЭК он не направлялся, продолжал работать в прежней профессии. Амбулаторная карта содержит также запись о том, что в 1985 г. пациент обследован в областном профцентре с диагнозом "остаточные явления вибрационной болезни: сенсорный синдром и приступы акроспазма в анамнезе".

В 2007 г. пациент возбудил вопрос о наличии у него вибрационной болезни и потребовал обследования на предмет профессиональной патологии. Была запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места по всему профмаршруту, согласно которой на рабочем месте обжигальщика (1971 – 1985 гг.) локальная вибрация превышала ПДУ в течение только 1972 – 1977 гг. В период

работы огнеупорщиком – 1985 – 2000 гг. – вибрация на рабочем месте отсутствовала. С 2001 г. по настоящее время работает слесарем-ремонтником также без воздействия локальной вибрации. С предварительным диагнозом вибрационной болезни работник был направлен в ЦПП.

При поступлении в ЦПП выписок обследований 1977 и 1985 гг. пациент предоставить не мог. Предъявлял жалобы на периодические приступы побеления пальцев (с 1977 г.) и онемение I-IV пальцев кистей последние 3-4 года.

Объективно: кисти цианотичные, гипертермичные; гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 4 сек.; движения в суставах в полном объёме; сухожильные рефлексы живые и равные; гипалгезия в дерматоме С₇ справа; расстройств чувствительности полиневритического типа не выявлено.

Rg-грамма кистей, локтевых и плечевых суставов: ДОА локтевых суставов – II степени, лучезапястных, межфаланговых и пястнофаланговых суставов – I ст.; плечелопаточный периартроз обоих плечевых суставов; двусторонний эпикондилёз плечевых костей; киста головки проксимальной фаланги III пальца правой кисти.

СЭНМГ: скорости РВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 30,5-36,2 м/сек. Скорости РВ по двигательным волокнам срединного и локтевого нервов – 57,4-62,5 м/сек.; резидуальная латентность – 1,8-1,9 мс; амплитуда М-ответов – 7,62 и 6,85 мВ соответственно.

КТМ – 33,6-32,8⁰С. При ХП побеления фаланг не наступило. Температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения и через 20 после пробы – 33,1-6,7-33,5⁰С и левой кисти – 32,7-7,1-32,9⁰С соответственно.

РВГ верхних конечностей – ПК на уровне правой кисти незначительно снижено, на уровне левой кисти и предплечий – в норме; тонус артериол и прекапилляров не повышен; венозный отток сохранён.

? № 62,01. Направление работника в ЦПП после получения СГХ, в которой было указано на отсутствие на рабочем месте пациента локальной вибрации с 1977 г., то есть в течение уже 28 лет:

А: ошибочно;

В: правомерно.

? № 62,02. У пациента имеется синдром:

А: ангиодистонический;

В: вегетосенсорной полинейропатии;

С: миоостеодистрофический;

Д: все синдромы.

? № 62,03. Из синдромов, характерных для вибрационной болезни от воздействия локальных вибраций, у пациента полностью сформировался:

А: ни один;

В: все синдромы;

С: только ангиодистонический;

Д: только вегетосенсорной полинейропатии;

Е: только миоостеодистрофический.

? № 62,04. Подозрение в отношении вибрационной болезни, высказанное первичным звеном профслужбы:

А: ошибочно;

В: аргументировано.

? № 62,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 63.

Б-ий Н.И., 1956 г.р., (57 л.), обследован в ЦПП 09.04 – 24.04.2013 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1978 г. до ноября 2012 г. работал в подземных условиях в профессиях ГРП, ГРОЗ, проходчика – в общей сложности 34 года, подвергаясь предположительно воздействию вибрации и функционального перенапряжения на верхние конечности.

По анамнезу боли в суставах левой руки стали беспокоить с 2007 г.; боли в суставах правой руки и онемение рук присоединились через 1-2 года; за медицинской помощью не обращался. В 2009 г. пациент впервые после ПМО обследован в ЦПП; по результатам обследования был взят на динамическое наблюдение с отдельными признаками воздействия вибрации. Повторное обследование в ЦПП в 2011 г.; прогрессирования клинических и инструментальных признаков заболевания не выявлено; по результатам обследования оставлен прежний диагноз – отдельные признаки воздействия вибрации.

В связи с прекращением работы во вредных условиях труда поступил третий раз в ЦПП для окончательной оценки профпатологической ситуации.

При поступлении в ЦПП: жалобы на постоянные боли в кистях и локтевых суставах, усиливающиеся при нагрузках, онемение кистей, в покое распространяющееся до локтя, слабость в руках, болезненные тонические судороги в пальцах рук. Объективно: кисти тёплые, цианотичные, дистальный гипергидроз; симптом "белого пятна" – 3 сек.; динамометрия: справа – 12 кг, слева – 35 кг; движения в суставах рук в полном объёме; болезненные в левом локтевом суставе; пальпаторно болезненность наружных надмыщелков плечевых костей; гипестезия по полиневритическому типу до средней трети предплечий; симптом Тинеля положительный в кубитальных каналах; сухожильные рефлексы низкие, равные.

Стимуляционная ЭНМГ: скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях 41-65 м/сек.

КТМ: справа – 32,2-33,7⁰С, слева – 34,5-34,6⁰С. При ХП побеления фаланг не произошло; исходная Т⁰ восстановилась справа – к 20 мин и слева – к 30 мин. При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 7,5; 8,25 и 12,5 и слева – 7,0; 8,0 и 11,0 дБ.

РВГ – ПК снижено, незначительный спазм артерий, венозный отток затруднен справа. Рg-граммы кистей, лучевых и локтевых суставов: деформирующие артрозы правого локтевого сустава II ст.; левого локтевого, лучезапястных, седловидных, пястнофаланговых, межфаланговых суставов – I ст., внутренний эпикондилёз плечевых костей; формирующиеся локтевые шпоры; киста головчатой кости левого запястья; остеопороза не выявлено.

? № 63,01. Работник направлен в ЦПП из:

А: группы риска;

В: группы повышенного риска.

? № 63,02. Работник направлен в ЦПП на:

А: консультацию;

В: экспертизу профпригодности;

С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 63,03. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как

А: отдельные признаки воздействия вибрации;

В: предварительный диагноз – вибрационная болезнь;

С: группа риска по развитию вибрационной болезни;

Д: группа повышенного риска по развитию вибрационной болезни.

? № 63,04. ВК по профпатологии без СГХ имела право вынести заключение:

А: о наличии у работника профессионального заболевания;

В: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

Д: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют права выносить какие-либо заключения.

? № 63,05. Пороги вибрационной чувствительности:

А: снижены;

В: нормальные;

С: повышены.

? № 63,06. Время восстановления T^0 после ХП:

А: нормальное;

В: пролонгированное (замедленное);

? № 63,07. У пациента развились клинически значимые синдромы:

А: вегетосенсорной полинейропатии;

В: миоостеодистрофический;

С: синдром "плечо-кисть";

Д: ангиодистонический.

? № 63,08. Имеющийся синдром:

А: выражен минимально;

В: сформирован, но не полностью;

С: полностью сформирован.

? № 63,09. По результатам динамического наблюдения, включая настоящее обследование, имеются основания говорить:

А: о наличии у работника вибрационной болезни;

В: о наличии оснований к подозрению на вибрационную болезнь;

С: об отсутствии оснований к подозрению на вибрационную болезнь;
D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов.

? № 63,10. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 64.

Л-ов Н.В., 1942 г.р., (65 л.), обследован в ЦПП 21.01 – 06.02.2008 г. История болезни: по копии трудовой книжки пациент в 1968 – 2007 гг. работал водителем большегрузных автомобилей, подвергаясь предположительно воздействию локальной и транспортной вибраций.

По анамнезу и выпискам, имеющимся в медицинской карте амбулаторного больного, боли поясничном отделе позвоночника стали беспокоить с 1985 г. Первые годы лечился амбулаторно с люмбалгией, люмбоишиалгией по 1,5-2 недели. С 1992 г. появилась иррадиация поясничных болей в левую ногу. По выписке 1994 г. отмечалась слабость в левой стопе, диагностировалась компрессия корешка L₅. С 2002 г. – ежегодные обострения ПОХ, лечение – преимущественно амбулаторное.

В 2003 г. по МРТ поясничного отдела позвоночника выявлены заднебоковая грыжа слева диска L₄₋₅, компримирующая дуральный мешок, и задняя срединная грыжа L₅-S₁ без воздействия на нейроструктуры.

С началом 2000-х годов появилось онемение кистей и стоп, повышенная чувствительность их к холоду, боли в крупных суставах верхних конечностей. При обращении эти жалобы обычно причислялись к симптоматике обострения ПОХ.

После прекращения работы самостоятельно обратился к профпатологу на предмет возможно профессионального происхождения имеющихся у него заболеваний. Была получена СГХ рабочего места пациента, в которой указано, что по всему профмаршруту в течение 39 лет (1968 – 2007 гг.) в профессии водителя большегрузных автомобилей (ЗИЛ-150; ЗИЛ-164 с полуприцепом; КРАЗ-256Б), подвергался воздействию общих и локальных вибраций класса 3.1-3.2 ст.

При поступлении в ЦПП объективно: движения в поясничном отделе позвоночника ограничены II ст., в суставах – в полном объеме; кисти цианотичны, гипертермичны; гипергидроз ладоней; синдром "белого пятна" – 5 секунд; стопы гипертермичны; сухожильные рефлексы с рук – живые, равные, карпорадиальные – снижены, коленные – равные, ахилловы и подошвенные – s≤d; гипалгезия полиневритического типа кистей и стоп и в дерматоме L₅ слева; снижена сила разгибателя I пальца левой стопы; симптом Тинеля – положительный в кубитальном канале и канале Гюйона справа; формирующаяся контрактура Дюпюитрена справа.

Кистевая динамометрия справа – 25 кг, слева – 20 кг. КТМ кистей –32,7-32,4⁰С. При ХП – побеление 2-х дистальных фаланг 3 пальцев (6 баллов). Исход-

ная T^0 не восстановилась через 1 час. Температура стоп – 27,7-27,6⁰С. При определении ВЧ на кистях и стопах выявлено её снижение на все частоты.

Rg-грамма поясничного отдела позвоночника – С-образный сколиоз влево с вершиной на L₃, остеохондроз L₁₋₂, L₂₋₃, L₅-S₁ – 1-4 периоды; L₃₋₄, L₄₋₅ – 3, 4 периоды; деформирующий спондилёз L₃₋₄, L₄₋₅ – II ст.; спондилоартроз с L₁₋₂ до L₅-S₁, межостистый диартроз L₄₋₅; двусторонняя фиброзная сакрализация L₅.

Архивная Rg-грамма локтевых, плечевых суставов, кистей (2007 г) – ДОА межфаланговых суставов, плечевых, локтевых, л/запястных, пястнофаланговых суставов – I ст.; плечелопаточный периартроз; более выраженный справа двусторонний эпикондилёз плечевых костей с параоссальными обызвествлениями у внутреннего надмыщелка справа.

РВГ верхних и нижних конечностей – ПК на уровне кистей, предплечий и голеней значительно снижено; тонус артерий и прекапилляров повышен на кистях, предплечьях и голенях с двух сторон; венозный отток на кистях и левой голени затруднён. ЭКГ: Ритм нерегулярный 116 в мин, фибрилляция предсердий, тахисистолия. Консультация кардиолога: ИБС, мерцательная аритмия, постоянная форма, НК 0 ст.

СЭНМГ: СРВ по сенсорным волокнам нервов верхних конечностей – 40,0-44,4 м/сек и сенсорным волокнам нервов нижних конечностей – 32,4-33,3 м/сек. Резидуальная латентность по терминалям срединного нерва – 2,73 м/сек. СРВ по моторным волокнам больше- и малоберцовых нервов – 38,8-45,7 м/сек.

ЭМГ по большеберцовым нервам – F-латентность по правому большеберцовому нерву – 49,9 мс (в норме); по левому большеберцовому – 58,3 мс (повышена) с наличием блоков (10%) и снижением средней скорости. Заключение: ЭМГ-признаки радикулопатии корешка L₅ слева, процесс неактивный, острой денервации нет, компенсаторная реиннервация недостаточная с нарушением функции проведения по корешку.

? № 64,01. Направление пациента в ЦПП:

А: преждевременно;

В: своевременно;

С: запоздалое.

? № 64,02. В принципе направление работника на экспертизу связи заболевания с профессией после разобщения с вредным фактором:

А: всегда запоздалое;

В: может быть своевременным.

? № 64,03. Если ангиодистонический синдром:

1 имеется;

2 отсутствует

и если:

3 верхние конечности;

4 нижние конечности,

то у пациента ситуация характеризуется как:

А: 1+3 и 1+4;

- В: 1+3 и 2+4;
- С: 2+3 и 2+4;
- Д: 2+3 и 1+4.

? № 64,04. Если вегетосенсорный синдром:

- 1 имеется;
- 2 отсутствует
- и если:
- 3 верхние конечности;
- 4 нижние конечности,
- то у пациента ситуация характеризуется как:
- А: 1+3 и 1+4;
- В: 1+3 и 2+4;
- С: 2+3 и 2+4;
- Д: 2+3 и 1+4.

? № 64,05. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

- А: общесоматического генеза;
- В: профессионального генеза;
- С: оценка генеза этих синдром в аспекте экспертизы на предмет вибрационной болезни не актуальна.

? № 64,06. Для оценки генеза неврологических синдромов поясничного уровня у пациента имеет значение:

- А: прогрессивность их течения;
- В: ангиодистонический синдром на верхних конечностях;
- С: отсутствие у пациента неврологических синдромов шейного уровня;
- Д: признаки вегетосенсорной полинейропатии на нижних конечностях;
- Е: признаки вегетосенсорной полинейропатии на верхних конечностях;
- Ф: ангиодистонический синдром на нижних конечностях.

? № 64,07. Объяснение всех синдромов на верхних и нижних конечностях одной профпатологической нозологической формой у пациента:

- А: невозможно;
- В: возможно.

? № 64,08. Пациент дальнейшему наблюдению в ЦПП:

- А: подлежит;
- В: не подлежит.

? № 64,09. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 65.

В-ов В.А., 1955 г.р. (51 г.), обследовании в ЦПП 30.03 – 16.04.2007 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент работает с 1974 г. по насто-

ящее время в шахте в разных профессиях (подземный электрослесарь, ГРОЗ), подвергаясь воздействию функциональных нагрузок на руки, превышающих предположительно санитарно-гигиенические нормативы.

Анамнестически: боли и припухлость в области правого шиловидного отростка лучевой кости появились в 1996 г., лечился амбулаторно. Повторное обращение с этими же жалобами и амбулаторным лечением – в 2002 г. Медицинская карта амбулаторного больного – с 2004 г. В том году прооперирован по поводу стенозирующего лигаментоза I канала тыльной связки запястья правой кисти (лучевой стилоидоз; болезнь де Кервена). После операции продолжал работать в прежних условиях труда.

В декабре 2005 г. в связи с болями в правой кисти при прохождении ПМО выполнена Rg-грамма кистей; выявлены асептические некрозы костей правой кисти. Заподозрена вибрационная болезнь; запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ рабочего места пациента, согласно которой 27-летний подземный стаж работы сопровождался физическим перенапряжением на руки класса 3.3-3.2 степени: (физические динамические нагрузки; статические нагрузки при удержании груза, большая масса поднимаемого груза) в профессии подземного электрослесаря (1974 – 1975, 1977 – 1979 гг.) и ГРОЗ (1979 – 1990, 1992 – 1997 гг. и с 1998 г. по настоящее время). Направлен в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией.

В ЦПП: объективно – кисти цианотичны, нормотермичны; лёгкий гипергидроз ладоней; выраженное ограничение объёма движения в правом лучезапястном суставе, в остальных суставах – движения в полном объёме. В области шиловидного отростка лучевой кости имеется припухлость и болезненность при пальпации; боль усиливается при разгибании и отведении I пальца; снижена сила короткого разгибателя и аддуктора большого пальца; положительная проба на напряжённое отведение большого пальца, положительная проба Элькина. Сухожильные рефлексы средней живости, карпорадиальные рефлексы $d < s$, остальные симметричные; гипалгезия полиневритического типа до локтевых суставов со сгущением в зоне иннервации срединного нерва на кисти справа; симптом Тинеля отрицателен.

Rg-графия суставов: деформирующий артроз правого лучезапястного сустава III ст., левого – I ст.; асептический некроз ладьевидной и полулунной костей правого запястья; эностозы основания V пястной кости левой кисти, проксимального отдела средней фаланги II пальца правой кисти.

Консультация ортопеда – объём движений в правом лучезапястном суставе: сгибание 10^0 , разгибание 10^0 .

РВГ верхних конечностей – на уровне кистей ПК снижено, тонус артериол и капилляров умеренно повышен, венозный отток затруднен справа; на предплечьях ПК в норме. СЭНМГ – скорости распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам нервов на предплечьях – 32,2-42,1 м/сек; резидуальная латентность срединных нервов с двух сторон – 2,93-2,67 мс. СРВ по моторным волокнам нервов верхних конечностей не снижены.

КТМ – 29,9-30,8⁰С. При ХП – побеления пальцев не наступило. Температура III пальца правой кисти исходная, сразу после охлаждения, через 20 и 60 мин после пробы – 30,1-8,2-22,5-29,0⁰С и левой кисти – 29,1-9,4-26,7-28,6⁰С соответственно.

При определении ВЧ средние значения её порогов на частоты 16, 63 и 500 Гц справа – 11,8-7,7 и 10,5 и слева – 10,9-8,0 и 11 дБ.

? № 65,01. Если:

- 1 время восстановления T^0 после ХП нормальное;
 - 2 время восстановления T^0 после ХП замедленное;
 - 3 нарушения вибрационной чувствительности нет;
 - 4 нарушения вибрационной чувствительности имеются,
- то по этим характеристикам у пациента имеется:

A: 1,3;

B: 1,4;

C: 2,3;

D: 2,4.

? № 65,02. СРВ по сенсорным волокнами:

A: нормальна;

B: замедлена;

C: повышена.

? № 65,03. Резидуальная латентность срединных нервов:

A: нормальна;

B: снижена;

C: повышена.

? № 65,04. Нормальный объём движения в лучезапястном суставе составляет:

A: 180^0 ;

B: 170^0 ;

C: 160^0 ;

D: 150^0 .

? № 65,05. Среди имеющихся синдромов наиболее полно представлен:

A: ангиодистонический;

B: вегетосенсорный;

C: миоостеодистрофический;

D: вопрос не корректен: синдромы представлены паритетно.

? № 65,06. Выявленная симптоматика указывает на преимущественно поражение:

A: периферической нервной системы;

B: костно-мышечного аппарата;

C: имеется паритетное поражение периферической нервной системы и костно-мышечного аппарата.

? № 65,07. Имеющаяся у пациента патология соответствует:

A: заболеванию и его последствию, связанному с воздействием производственных физических факторов;

В: заболеванию, связанному с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением отдельных органов и систем.

? № 65,08. Выявленная симптоматика в картину поражения костно-мышечной и/или периферической нервной системы профессионального генеза:

А: укладывается;

В: не укладывается;

С: для окончательного заключения необходимо динамическое наблюдение в ЦПП.

? № 65,09. У пациента противопоказания к работе в своей профессии:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 65,10. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 66.

Х-ва Р.В., 1943 г.р. (64 л.). Больная консультирована в ЦПП в 2007 г. по обращению ВК больницы с целью оценки профпатологической ситуации. Пациентка проработала весь трудовой стаж лаборантом бактериологической лаборатории областной больницы и с августа 2007 г. является инвалидом II группы по общему заболеванию – цирроз печени.

На ВК по профпатологии представлены следующие документы:

1. Выписка из поликлиники, в которой констатировано, что за период 1972-1995 годы амбулаторная карта утеряна.
2. Медицинская карта амбулаторная больного – с 1995 года.
3. Справка из Новокузнецкой станции переливания крови, в которой указано, что за период 1976-1990 годы дважды сдавала кровь как донор и при проведении анализов в 1990 г. был выявлен HbsAg.
4. Выписка из листов ПМО, в которых указано, что впервые гипербилирубинемия выявлена в 2002 г. (общий билирубин крови – 22,0 ммоль/л; связанный 4,0 и свободный 18,0 ммоль/л). В 2003-2004 гг. пациентка ПМО не проходила (была в отпуске). В 2005 г. на ПМО вновь констатирована гипербилирубинемия (общий билирубин крови – 26,0 ммоль/л; связанный – 4,0 и свободный – 12,0 ммоль/л). Тогда от обследования на предмет гепатита пациентка отказалась.
5. Журнал регистрации аварийных ситуаций, который начат с 2003 г., пронумерован, с одной единственной записью о порезе пальца больной, но без указаний даты аварийной ситуации и без указаний на проведенное расследование.
6. Выписка из гастроэнтерологического отделения больницы № 29, где впервые в июле 2007 г. был установлен диагноз цирроза печени вирусной этиологии [Диагноз: цирроз печени вирусной природы (вирусный гепатит В), активная фаза, класса С по Чайлду-Пью]. В том же году по этому заболеванию была определена II группа инвалидности.

7. Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом хронического вирусного гепатита или цирроза печени, где указано, что пациентка на диспансерном учете не состояла.

? № 66,01. Пациентка представлена на ВК по профпатологии с целью:

А: консультации;

В: экспертизы профпригодности;

С: постановки предварительного диагноза хронического гепатита профессионального генеза;

Д: постановки заключительного диагноза (экспертизы связи заболевания с профессией) профессионального генеза хронического гепатита.

? № 66,02. Правомерна ли экспертиза связи заболевания с профессией без СГХ:

А: неправомерна;

В: правомерна в случае абсолютной ясности профпатологической ситуации.

? № 66,03. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 67.

О-ва Г.В., 1956 г.р.(52 г.), находилась в ЦПП 30.03 – 20.04.2009 г. История заболевания: согласно копии трудовой книжки пациента работала в 1978 – 1980 годы медицинской сестрой детского отделения родильного дома; в 1980 – 1984 годы акушеркой; в 1984-2009 гг. – сестрой в группе анестезиологии-реанимации.

С 1983 г. стала обращаться к дерматологам в связи с дерматитом рук; констатировано стихание дерматита в отпускное время или в периоды нахождения на б/листах. Со временем распространенность поражения кожи увеличилась, вовлекая верхние конечности и туловище; порой на работе стали появляться приступы кашля со слизистой мокротой и потерей голоса. Лечилась у дерматологов по большей части амбулаторно и несколько раз – стационарно.

В 2007 г. возникло подозрение на профессиональный генез аллергического дерматита, подано извещение о предварительном диагнозе этого профессионального заболевания; получена СГХ, в которой указано, что по всему профессиональному маршруту работала в резиновых перчатках, содержащих латекс; количественного содержания латекса не представлено. После получения СГХ направлена в ЦПП.

При поступлении предъявляла жалобы на кожный зуд кистей предплечий, плеч, туловища. По заключению дерматолога, имеется экзема кистей с распространёнными экземидами.

Кожные контактные пробы: реакции на смесь карбонатов – (+), производных тиурама – (+), меркаптанов (+), чёрных резин (+). По заключению аллерголога, выявлена сенсibilизация кожи замедленного типа к соединениям, используемым при получении латекса и считающимся выраженными сенсibilизаторами.

Исследование на предмет грибов и клещей – результаты отрицательные. Дуоденальное зондирование: большое количество лейкоцитов; кристаллы холе-

стерина, много слизи; описторхий не выявлено. Цитограмма слизистой носа: лейкоцитарная инфильтрация слизистой, флора внутри- и внеклеточно, эозинофилы – 3%, дистрофия эпителия. В крови: IgE – 325,1 нг/мл, (норма 60-200 нг/мл). Лабораторно: мокроты слизистая, лейкоцитов – до 50 в поле зрения; КУМ трёхкратно – отрицательно. Общий анализ периферической крови без патологии.

? № 67,01. В картине заболевания факт элиминации:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 67,02. В картине заболевания эффект экспозиции:

А: имеется;

В: отсутствует.

? № 67,03. Отсутствия в СГХ указания количественного содержания латекса в перчатках её дефектом:

А: является;

В: не является.

? № 67,04. Всего лишь 5-летний стаж работы в контакте с латексом для возникновения контактного аллергического дерматита:

А: недостаточен;

В: достаточен.

? № 67,05. Направление на экспертизу связи дерматита с профессиональными вредностями через 25 лет от его возникновения:

А: своевременное;

В: запоздалое.

? № 67,06. У пациентки противопоказания к работе с аллергенами:

А: имеются;

В: отсутствуют.

? № 67,07. У работницы дерматит является заболеванием:

А: профессиональным;

В: общим.

? № 67,08. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 68.

З-ая Н.А., 1956 г.р. (54 года). Обследована в ЦПП в 2010 г. История заболевания: работает в шахте ламповщицей с 1993 г., в обязанности которой помимо выдачи светильников с аккумуляторами, входит заправка аккумуляторов едкой щёлочью.

С 2005 года на коже грудных желез и спине стали появляться темные пятна. Лечилась в дермато-венерологическом отделении, проведено гистологическое исследование биоптата кожи. По выписке: гистологическое и клиническое заключения – меланодермия. Продолжала работать в прежней профессии, проходила ПМО, зоны гиперпигментации сохранялись.

В 2010 г. в связи с появлением нового пятна на коже правой молочной железы выполнена повторная биопсия кожи с гистологическим заключением (№ 745) о меланодермии.

В связи с клиническим диагнозом "меланодермия" в том же году направлена в ЦПП, имея на руках аттестацию рабочего места (АРМ). По АРМ – концентрация щёлочи едкой на рабочем месте ламповщицы – 0,72 при ПДК 0,5 мг/м³ (класс 3.1 ст.).

При обследовании в ЦПП: общесоматическая патология исключена; консультирована дерматологом, который диагностировал "токсическая меланодермия, эритематозная форма". Запрошено описание патогистологического препарата № 745 от 02.02.2010 г: "...в эпидермисе отмечается гиперкератоз, повышенное содержание меланина в базальном слое; в дерме видна периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация с примесью меланофагов". Гистологическое заключение: выявленные патоморфологические изменения характерны для меланодермии. Заключение профпатологической ВК: меланодермия (подтвержденная патоморфологически), развившаяся через 12 лет (2005 г.) от начала работы с едкими щелочами в концентрациях, превышающих ПДК (класс 3.1 ст.), подозрительна в отношении её токсического генеза. Предварительный диагноз профессионального заболевания – токсическая меланодермия. Подготовить документы согласно постановлению правительства № 967 от 15 декабря 2000 г. и направить работницу на экспертизу связи заболевания с профессией.

Через полгода пациентка поступила повторно в ЦПП, имея на руках СГХ Роспотребнадзора, в которой было указано, что обследуемая с 1993 по 2005 г. работала в условиях воздействия щелочей, превышающих ПДК. С 2006 г. она, хотя и продолжала работать в прежней профессии ламповщицей, воздействию щелочей уже не подвергалась в связи с переходом на новый тип ламп. По параметрам тяжести физического труда труд ламповщицы относится к классу 3.1 ст.

? № 68,01. Заключение дерматолога, консультировавшего пациентку при первом обследовании в ЦПП, является:

А: правомерным;

В: неправомерным.

? № 68,02. Полученная СГХ рабочего места обследуемой:

А: ничего принципиально нового не содержала, так как подтвердила уже известный по АРМ факт воздействия на работницу химических веществ, превышающих ПДК;

В: СГХ содержала принципиально новую информацию.

? № 68,03. В связи с тем, что с 2006 г. работница химическим воздействиям в профессии ламповщицы не подвергалась, о чём администрация не могла не знать, проводившиеся ПМО за 2006-2010 гг. были:

А: неоправданными;

В: оправданными.

? № 68,04. С учётом данных СГХ меланодермия является заболеванием:

А: профессиональным;

В: общесоматическим.

? № 68,05. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

Задача № 69.

Я-га Е. И., 1953 г.р. (54 г.), обследован в ЦПП 10.09 – 15.09.2008 г. История заболевания: по копии трудовой книжки пациент с 1977 г. стал работать на металлургическом заводе вначале нагревальщиком металла, а в последующем – огнеупорщиком. Работа связана с тепловым излучением, нагревающим микроклиматом и повышенной запыленностью, предположительно превышающих ПДУ.

По медицинской карте амбулаторного больного, которая ведётся с 1999 г., впервые помутнение левого хрусталика зафиксировано в 2003 г. В скором времени появилась катаракта правого хрусталика. Катаракты прогрессировали. В 2006 году прооперирован: фakoэмульсификация катаракты, имплантация искусственной оптической линзы (ИОЛ) в апреле 2006 года – слева, в октябре 2006 года – справа.

С января 2007 г. трудоустроен бригадиром огнеупорщиков, без воздействия теплового излучения, хотя воздействие повышенных уровней шума и запыленности остались.

В 2008 г. самостоятельно обратился к профпатологу с предположением о развитии у него имевшихся катаракт от воздействия теплового излучения на рабочем месте. Была запрошена и получена из Роспотребнадзора СГХ, согласно которой на рабочем месте нагревальщика металла (1977 – 1986 гг.) тепловое излучение соответствовало классу 3.1 ст. вредности, а на рабочем месте огнеупорщика (1986 – 2007 гг.) – классу 3.2 ст. вредности. Помимо теплового излучения, работа связана с воздействием пыли и шума, соответствующих классу 3.1 ст. вредности. В СГХ отмечено, что по месту работы пациента случаев тепловых катаракт не было.

При обследовании в ЦПП: общесоматической патологии не выявлено. Консультация окулиста: Vis OD:/OS 1,0/1,0. Глазные яблоки спокойные, передние отрезки глаз – без особенностей. Зрачки округлой формы, ИОЛ в области зрачков, стоят правильно. Диски зрительных нервов бледно-розовые с четкими границами. Вены широкие, склерозированы. Макула, периферия б/о. Диагноз окулиста: артификация обоих глаз.

? № 69,01. У работника заболевание глаз при направлении в ЦПП:

А: имеется;

В: не имеется.

? № 69,02. Пациент был направлен в ЦПП с целью:

А: консультации;

В: экспертизы профпригодности;

С: экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 69,03. Направление в ЦПП:

А: оправданно;

В: ошибочно.

? № 69,04. Первичное звено профпатологии в настоящее время не высказывало предположения о профессиональном генезе имевшихся в прошлом катаракт по причине:

А: недостаточной квалификации профпатолога первичного звена;

В: рационального трудоустройства пациента в настоящее время;

С: полной реабилитации пациента в отношении нарушения зрения.

? № 69,05. Тактика первичного звена профпатологической службы при требовании работника (пенсионера) направить его в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией при отсутствии оснований для подозрения на профессиональное заболевание:

А: отказать в направлении;

В: направить в ЦПП.

? № 69,06. Тактика пациента при отказе первичного звена профслужбы в направлении в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией:

А: обратиться в областной центр профпатологии;

В: обратиться в департамент здравоохранения города;

С: обратиться в суд;

Д: обратиться в Роспотребнадзор.

? № 69,07. Диагноз при направлении в ЦПП должен был быть сформулирован:

А: группа повышенного риска по развитию профессиональных катаракт;

В: группа риска по развитию профессиональных катаракт;

С: данных за профессиональное заболевание глаз нет. Направлен по требованию работника для проведения обследования в ЦПП на предмет профессионального характера имевшихся в прошлом катаракт;

Д: предварительный диагноз: профессиональные катаракты обоих глаз.

? № 69,08. Направление работника в ЦПП в 2006 г. на предмет профессионального генеза катаракт перед оперативным лечением было бы:

А: аргументированным;

В: не аргументированным.

? № 69,09. Рациональное трудоустройство пациента в отношении исключения действия на него теплового излучения:

А: оправдано;

В: не оправдано.

? № 69,10. Работник в настоящее время относится к:

А: группе риска;

В: группе повышенного риска;

С: группе подозрения на профессиональное заболевание.

? № 69,11. Катаракты в прошлом были:

А: профессионального генеза;

В: общего генеза.

? № 69,12. Сформулируйте заключение ВК по профпатологии, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

ГЛАВА 4.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ: ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПОЯСНЕНИЯ К НИМ, ФОРМУЛИРОВКИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ПРОФПАТОЛОГИИ И ИХ АРГУМЕНТАЦИЯ

Задача № 01 (стр. 29).

А-на Н.А., 1960 г.р. (45 л.), обследовалась в ЦПП 08.11 – 18.11.2005 г. История заболевания ...

? № 01,01. Пациентка поступила в ЦПП:

- А: на консультацию;
- В: для экспертизы профпригодности;
- +С: для экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 01,02. Аллергизирующим фактором рабочего места является:

- А: металлическая пыль;
- В: оксид марганца;
- +С: хромовый ангидрид;
- D: окись углерода;
- Е: только совокупность перечисленных факторов.

? № 01,03. В характеристике течения заболевания отражен:

- +А: факт элиминации;
- В: факт экспозиции;
- С: факт кортикостероидной зависимости.

? № 01,04. Генез бронхиальной астмы:

- +А: профессиональный;
- В: общий;
- С: неопределенный; имеется необходимость в динамическом наблюдении в ЦПП.

? № 01,05. У пациентки трудоспособность:

- А: общая и профессиональная сохранены;
- В: общая и профессиональная нарушены;
- +С: общая сохранена, но профессиональная нарушена;
- D: общая нарушена, но профессиональная сохранена.

? № 01,06. В динамическом наблюдении в ЦПП пациентка:

- А: не нуждается;
- +В: нуждается.

? № 01,07. Заключение ВК по профпатологии: развитие типичных проявлений бронхиальной астмы через 15 лет от начала работы с воздействием профессио-

нального аллергена – солей хрома; выявление сенсибилизации к солям хрома при отсутствии сенсибилизации к бытовым аллергенам; улучшение течения бронхиальной астмы при прекращении контакта с профессиональным аллергеном позволяют говорить о профессиональном её генезе.

Диагноз: профессиональная бронхиальная астма (БА), персистирующее течение, 3 ступень, частично контролируемая; эмфизема лёгких, диффузный пневмосклероз. ДН I ст. Заболевание профессиональное, выявлено впервые. Возобновление работы в условиях воздействия аллергенов противопоказано. Направить в БМСЭ.

Задача № 02 (стр. 31).

Ч-ва Т.М., 1956 г.р. (52 г., находилась в ЦПП 30.03 – 20.04.2009 г. История заболевания ...

? № 02,01. Отсутствие количественной характеристики химических веществ дефектом СГХ по оценке условий труда:

+А: не является;

-В: является.

Пояснение: при констатации на рабочем месте аллергенов не требуется информации об их количественном содержании.

? № 02,02. Лекарственная аллергия свидетельствует в пользу БА генеза:

-А: профессионального;

+В: непрофессионального;

-С: факт лекарственной алергизации не имеет дифференциально-диагностической информации.

? № 02,03. Диагноз при направлении в ЦПП должен быть оформлен в виде:

-А: группа риска по развитию БА;

-В: группа повышенного риска по развитию БА;

+С: предварительного диагноза - профессиональная БА;

+D: подозрение на профессиональную БА.

Пояснение: понятия "подозрение на ..." и "предварительный диагноз..." являются синонимами. Ответы "А" и "В" неправомерны, поскольку они относятся не к индивидуальному, а к популяционному здоровью.

? № 02,04. Динамическое наблюдение пациентки в ЦПП:

-А: показано;

+В: не показано.

? № 02,05. У пациентки:

-А: сохранены профессиональная и общая трудоспособность;

+В: потеряна профессиональная, но сохранена общая трудоспособность;

-С: сохранена общая, но потеряна профессиональная трудоспособность;

-D: потеряны профессиональная и общая трудоспособность.

? № 02,06. Генез БА:

-А: профессиональный;

+В: общий;

-С: необходимо динамическое наблюдение.

? № 02,07. Заключение ВК по профпатологии: начавшиеся с началом работы во вредных условиях труда и почти ежегодно обостряющиеся вирусно-бактериальные инфекции верхних дыхательных путей и бронхов, доказанные субфебрилитетом, ускорением СОЭ, гнойным характером мокроты, указывают на гнойный характер хронического бронхита. Развившаяся позже БА рассматривается поэтому как следствие хронического гнойного бронхита, что исключает её профессиональный генез. В пользу общесоматического генеза БА свидетельствует также её развитие после прекращения контакта с вредными химическими веществами на производстве. Возвращение к работе с аллергическими веществами противопоказано. Динамическое наблюдение в ЦПП не показано.

Задача № 03 (стр. 32).

К-ва С.П., 1974 г.р. (36 лет), обследована в ЦПП 14.04 – 30.05.2010 г. История заболевания ...

? № 03,01. Поскольку после получения СГХ рабочего места и консультации аллерголога общесоматический, а не профессиональный, генез БА был очевиден, первичное звено профпатологии направление пациентки в ЦПП:

-А: могло приостановить;

+В: не могло приостановить.

Пояснение: после подачи извещения о предварительном диагнозе БА профессионального генеза и получения СГХ из Роспотребнадзора первичное звено обязано направить работника в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией вне зависимости от информации о степени вредности фактора производства.

? № 03,02. Как должно быть сформулировано диагностическое заключение ВК, проводящей ПМО, о состоянии здоровья пациентки, чтобы при этом не возникла необходимость ни подачи извещения о предварительном диагнозе профессионального заболевания, ни написания СГХ рабочего места:

-А: группа риска по развитию профессиональной БА;

-В: группа повышенного риска по развитию профессиональной БА;

+С: отдельные признаки воздействия химических факторов производства на респираторную систему (в виде приступов бронхоспазмов);

+D: бронхиальная астма общесоматического генеза. Оснований к подозрению на профессиональный генез БА нет;

-Е: подозрение на профессиональную БА.

Пояснение: "подозрение на профессиональное ..." является синонимом "предварительный диагноз профессионального...", а потому требует подачи извещения и написания СГХ. Ответы "А" и "В" оперируют понятием "группа...", относящемуся к популяционному, а не индивидуальному здоровью, и поэтому не

могут использоваться применительно к индивидууму.

ВК по профпатологии первичного звена имеет право пользоваться понятиями, указанными в ответах "С" и "D:", которые не требуют подачи извещения в Роспотребнадзор. Для постановки общесоматического генеза заболевания СГХ не требуется при условии возможности его доказательства без привлечения описания условий труда.

? № 03,03. Заключение ВК по профпатологии: наличие у пациентки аллергии на бытовые и пыльцевые аллергены в сочетании с поллинозом; сохранность прежнего характера течения БА, несмотря на прекращение контакта с производственными веществами, обладающими аллергическим действием, свидетельствуют в пользу общесоматического характера БА, что исключает её профессиональный генез. Наблюдению в ЦПП не подлежит. Показано рациональное трудоустройство с исключением воздействия пыли, аллергенов, токсических, химических и раздражающих веществ.

Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, неконтролируемая, среднетяжёлое течение, стадия обострения. ДН I (первой) ст. (клинически). Заболевание общесоматическое.

Сопутствующее заболевание: поллиноз; аллергический ринит.

Задача № 04 (стр. 34).

Ш-ер Н.А., 1973 г.р. (40 л.), обследована в ЦПП 12.11 – 24.11.2012 г. История болезни ...

? № 04,01. Для оценки генеза БА проведение у пациентки проб с бытовыми аллергенами:

+А: нецелесообразно из-за отсутствия их диагностической информативности;

-В: показано, но проведение невозможно из-за клинического состояния;

-С: показано.

Пояснение: из-за перекрёстной аллергии пробы могут оказаться положительными. Отсутствие аллергического анамнеза, контакт с производственными аллергенами, чёткие феномены экспозиции и элиминации указывают на несомненно профессиональный генез аллергии у работницы.

? № 04,02. Проведение иммунологических исследований для оценки генеза БА:

+А: не показано из-за отсутствия их диагностической информативности;

-В: показано.

Пояснение: наличие аллергизации документировано клиническими признаками, а сами по себе иммунологические показатели не будут содержать этиологических маркёров.

? № 04,03. Заключение ВК по профпатологии: развитие аллергического дерматита в 2008 г. после 12 лет работы в контакте с производственными аллергенами (оксациллин, левомицетин, эуфиллин); клинические проявления бронхиальной астмы с 2009 г. при продолжении контакта с производственным аллергеном (эу-

филлин); чёткий феномен экспозиции и элиминации в клинике дерматита и БА в период работы и уменьшение их клинических проявлений при разобщении с производственными аллергенами свидетельствуют в пользу профессионального генеза БА.

Диагноз: профессиональная БА средней (II) степени тяжести, неконтролируемая, ДН I ст. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Труд в условиях воздействия аллергенов, раздражающих веществ и запыленности противопоказан. Направить на МСЭ. Показано динамическое наблюдение в ЦПП.

Задача № 05 (стр. 35).

С-ин С.И., 1963 г.р. (49 л.), обследован в ЦПП в декабре 2012 г. История заболевания ...

? № 05,01. У пациента синдром бронхообструктивности:

-А: имеется;

+В: отсутствует.

? № 05,02. Состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

-А: соответствует;

+В: не соответствует.

? № 05,03. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

-А: по обструктивному типу;

-В: по рестриктивному типу;

+С: по смешанному типу с преобладанием рестрикции.

? № 05,04. Пациент направлен в ЦПП на:

-А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

+С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 05,05. Проведение фибробронхоскопии (ФБС) у пациента:

-А: показано;

+В: не показано.

Пояснение: вполне очевидный инфекционно-воспалительный генез хронического бронхита не требовал проведения фибробронхоскопического исследования, так как в его исходе так же, как и при пылевом бронхите, развивается атрофическая бронхопатия.

? № 05,06. Выполнение ФБС при оценке профпатологической ситуации относительно заболевания бронхолёгочной системы обязательным:

+А: является;

-В: не является.

Пояснение: проведение фибробронхоскопии определяется клинической особенностью случая и выполняется для выявления обязательной для пылевого

бронхита атрофической бронхопатии, при условии исключения других причин её развития.

? № 05,07. Заключение ВК по профпатологии: неоднократные анамнестические указания, зафиксированные и в медицинской карте амбулаторного больного (2006 г.), на диагностику хронического бронхита с подросткового возраста; частые "ОРЗ" и простудные состояния, за которыми можно предполагать, учитывая гнойный характер мокроты, обострения хронического инфекционно-воспалительного бронхита; документированные обострения бронхита с 2003 г., то есть всего лишь через 3 года после возобновления работы в условиях запыленности выше ПДК после предшествующего 5-летнего перерыва работы во вредных условиях труда, свидетельствуют в пользу общесоматического (инфекционно-воспалительного) генеза основного заболевания.

Диагноз: хронический бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмосклероз. ДН I ст. Заболевание общесоматическое. Данных за пневмокониоз нет. В своей профессии годен. Наблюдению в ЦПП не подлежит.

Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь I ст., риск 3.

Задача № 06 (стр. 37).

Б-ов В.В., 1955 г.р. (57 лет), обследован в ЦПП 02.02 – 20.02.2013 г. История заболевания ...

? № 06,01. Началом клинических проявлений хронического бронхита следует считать:

-А: 2008-2009 гг., указываемые пациентом;

+В: 2011 г., когда был выставлен предварительный диагноз;

-С: 2012 г., когда были проведены Rg-графия ОГК, ФБС и выполнено спирографическое исследование.

Примечания: данные анамнеза, не верифицированные записями в медицинской документации, не могут быть аргументацией заболевания.

? № 06,02. По показателям спирографического исследования бронхообструктивный синдром:

-А: имеется;

+В: отсутствует.

? № 06,03. На период проведения экспертизы связи заболевания с профессией у пациента ДН:

+А: имеется;

-В: отсутствует.

? № 06,04. Заключение ВК по профпатологии: формирование клиники хронического бронхита к 2011 г., то есть после 27 лет работы в условиях запыленности класса 3.1-3.4 ст.; атрофическая бронхопатия, подтверждённая эндоскопически; слизистый, а не гнойный, характер мокроты; отсутствие значимых перенесённых

заболеваний бронхолёгочной системы, прослеженных по амбулаторной карте, говорят о его профессиональном генезе.

Заключительный диагноз: хронический пылевой необструктивный бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмосклероз. ДН 0-I (ноль-первой) степени. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 07 (стр. 38).

Ч-ов В.В., 1957 г.р.(55 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания ...

? № 07,01. Пациент направлен в ЦПП на:

+А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

-С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 07,02. По представленной информации ВК по профпатологии могла вынести заключение:

-А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

+В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;

+С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза.

Пояснение: без СГХ нельзя диагностировать профессиональный генез бронхита, но возможно высказывать предположение на его наличие или отсутствие. Без СГХ можно диагностировать общесоматический генез бронхита. При этом его аргументация должна строиться на позитивных признаках, а не на отрицании профессионального генеза бронхита, и, кроме того, не нуждаться в информации относительно условий труда.

? № 07,03. Атрофические изменения оболочки бронхов для пылевого бронхита являются признаком:

+А: обязательным;

-В: необязательным.

? № 07,04. Наличие дыхательной недостаточности для пылевого бронхита является признаком:

-А: обязательным;

+В: необязательным.

? № 07,05. Заключение ВК по профпатологии: развитие клиники хронического бронхита к 2005 году, т.е. после 13 лет непрерывной работы в условиях запыленности, предположительно превышающей ПДК; эндоскопические признаки субатрофии слизистой бронхов без признаков активного эндобронхита и отсутствие

клинически значимых в прошлом заболеваний бронхолёгочной системы позволяют заподозрить профессиональный пылевой бронхит.

Предварительный диагноз профессионального заболевания: хронический пылевой бронхит, диффузный пневмосклероз ДН 0-I ст.

Задача № 08 (стр. 39).

Е-ов Ю.А., 1957 г.р. (56 л.), обследован в ЦПП в мае 2013 г. История заболевания ...

? № 08,01. Пациент поступил в ЦПП на:

- +А: консультацию;
- В: экспертизу профпригодности;
- С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 08,02. По представленной информации ВК по профпатологии могла вынести заключение:

- А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;
- +В: об отсутствии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;
- +С: о наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;
- +D: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза;
- Е: без СГХ ВК по профпатологии не имела права выносить никаких решений относительно этиологии хронического бронхита.

? № 08,03. У пациента дыхательная недостаточность:

- А: 0-I ст.;
- В: I ст.;
- С: I-II ст.;
- +D: II ст.

? № 08,04. У пациента синдром бронхообструктивности:

- А: имеется;
- +В: отсутствует.

Пояснение: отсутствует один из кардинальных признаков бронхообструктивности – снижение индекса ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70%.

? № 08,05. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

- А: соответствует;
- +В: не соответствует.

Пояснение: нет кардинального признака ХОБЛ – снижения индекса ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70%.

? № 08,06. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

-А: по обструктивному типу;

-В: по рестриктивному типу;

+С: по смешанному типу.

? № 08,07. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

+А: не подлежит;

-В: подлежит.

? № 08,08. В связи с наличием у пациента ДН II ст. противопоказания к продолжению работы по своей профессии:

-А: имеются;

+В: отсутствуют.

Пояснение: по списку медицинских противопоказаний к допуску к работам во вредных условиях труда приложения 3 к приказу № 302н от 12.04.2011 г. у пациента имеется противопоказание – ДН II ст. Но он работает не во вредных условиях труда, так как по данным АРМ содержание аэрозолей не превышает ПДК.

? № 08,09. Заключение ВК по профпатологии: аномалия развития лёгких (кистозный процесс) даёт основание предполагать раннее развитие вторичного хронического бронхита, клинически проявившегося с 1982 года, то есть ещё до начала работы во вредных условиях труда, и протекавшего в последующем с частыми обострениями, порой под маской вирусно-бактериальных инфекций верхних дыхательных путей. Вторичный характер бронхита, а также перенесенные в последующем дважды пневмонии с развитием массивного спаечного процесса в плевральных полостях исключают основания к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита. Данных за пневмококиоз нет.

Диагноз: хронический необструктивный бронхит в стадии ремиссии; диффузный пневмосклероз. ДН II ст. Заболевание общесоматическое. Данных за пневмококиоз нет. Наблюдение в ЦПП не показано.

Сопутствующее: ГБ II ст., риск 3.

Задача № 09 (стр. 41).

Ш-ев П.Ю., 1965 г.р. (47 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания ...

? № 09,01. Пациент поступил в ЦПП на:

+А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

-С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 09,02. По представленной информации ВК по профпатологии ЦПП могла вынести заключение:

-А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;

+В: об отсутствии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;
+С: о наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;.
+D: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза;
-Е: без СГХ ВК по профпатологии ЦПП не имела права выносить никаких решений относительно этиологии хронического бронхита.

? № 09,03. У пациента дыхательная недостаточность:

-А: 0-I ст.;
+В: I ст.;
-С: I-II ст.;
-D: II ст.

? № 09,04. У пациента синдром бронхообструктивности:

-А: имеется;
+В: отсутствует.

Пояснение: отсутствует один из кардинальных признаков бронхообструктивности – снижение индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 09,05. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

-А: соответствует;
+В: не соответствует.

Пояснение: нет кардинального признака ХОБЛ – снижения индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 09,06. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

-А: по обструктивному типу;
-В: по рестриктивному типу;
+С: по смешанному типу.

? № 09,07. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

+А: не подлежит;
-В: подлежит.

? № 09,08. У пациента противопоказания к работе в его профессии:

-А: имеются;
+В: отсутствуют.

? № 09,09. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие медицинской документации до 2005 г., не позволяющее составить полное представление об истории развития хронического бронхита; признаки инфекционно-воспалительного характера хронического бронхита при документированном его дебюте в 2005 г.; последующие анамнестические указания на гнойный характер мокроты, который подтверждается её лабораторным исследованием; появление одышки с присоединением ГБ, неадекватно леченной, на что указывают Rg-признаки левожелудоч-

ковой сердечной недостаточности, свидетельствуют в пользу хронического бронхита общесоматического характера, что исключает подозрение на его профессиональный генез.

Диагноз: хронический бронхит в стадии неполной ремиссии. Диффузный пневмосклероз. ДН I ст. Данных за пневмокониоз нет. Наблюдение в ЦПП не показано. В своей профессии годен согласно Приложению 3 (IV. Медицинские противопоказания к допуску к работам) и Приложению 1 (Дополнительные медицинские противопоказания) приказа № 302н от 12 апреля 2011 г.

Задача № 10 (стр. 43).

К-ов В.С., 1963 г.р.. (50 л.), обследован в ЦПП 18.03 – 29.03.2013 г. История заболевания ...

? № 10,01 Дыхательная недостаточность соответствует:

+А: 0 ст.;

-В: 0-I ст.;

-С: I ст.;

-D: I-II ст.;

-Е: II ст.

Пояснение: клинически у пациента нет дыхательной недостаточности. Spiрографические показатели настоящего обследования не должны приниматься во внимание, поскольку дыхательный маневр при настоящем обследовании выполнен неправильно: пациент год назад имел нормальные спирографические показатели и был в состоянии выполнить велоэргометрическую пробу, которая прекращена из-за повышения АД и тахикардии, а не из-за одышки.

? № 10,02. Снижение показателей спирограммы объясняется неправильным дыхательным маневром:

-А: полностью;

+В: не полностью.

Пояснение: у пациента выявлены косвенные признаки лёгочной гипертензии и заинтересованности правого желудочка – гипертрофия его стенки; расширение его полости; расширение правого предсердия; гипертрофия межжелудочковой перегородки, которая, несмотря на наличие у пациента АГ, опережает гипертрофию задней стенки левого желудочка и указывает на значимость гемодинамической нагрузки, приходящейся на правый желудочек; следствием которой является блокада правой ножки пучка Гиса.

? № 10,03. Дополнительным исследованием для выяснения возможной причины ухудшения спирографических показателей является:

-А: определение газового состава крови и показателей щелочно-кислотного равновесия;

+В: доплерэхокардиография;

-С: реопульмонография;

-D: СКТ органов грудной клетки.

Пояснение: необходимо доплерэхокардиографическое определение давления в лёгочной артерии. Реопульмонография является малоинформативным методом.

? № 10,04. Заключение ВК по профпатологии: развитие клиники хронического бронхита после 28 лет работы в условиях воздействия угольно-породной пыли, превышающей ПДК; атрофическая бронхопатия по данным ФБС и отсутствие значимых бронхолёгочных заболеваний в прошлом свидетельствуют в пользу хронического пылевого бронхита. ДН 0 степени (клинически). Спирографические показатели не могут приниматься во внимание, поскольку дыхательный маневр выполнен неправильно; пациент год назад имел нормальные показатели спирогаммы, и в состоянии выполнить велоэргометрическую пробу, которая прекращена из-за повышения АД и тахикардии, а не из-за одышки. Данных за пневмокониоз нет. По состоянию бронхолёгочной системы может продолжать работать в своей профессии. Однако работа в подземных условиях противопоказана из-за общесоматической патологии – артериальной гипертонии.

Косвенные признаки лёгочной гипертензии требуют определения значений параметров гемодинамики малого круга кровообращения.

Задача № 11 (стр. 45).

К-нов С.И., 1956 г.р., (59 лет), обследован в ЦПП в сентябре 2012 г. История болезни ...

? № 11,01. Пациент поступил в ЦПП на:

- А: консультацию;
- В: экспертизу профпригодности;
- +С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 11,02. По представленной информации ВК по профпатологии ЦПП могла вынести заключение:

- +А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;
- +В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;
- +С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза.

? № 11,03. У пациента дыхательная недостаточность:

- +А: 0-I ст.;
- В: I ст.;
- С: I-II ст.;
- D: II ст.

? № 11,04. В случае разных спирографических показателей при пробе с бронхолитиками дыхательная недостаточность определяется по:

- А: минимальному значению показателя;
- +В: максимальному значению показателя;

- С: среднеарифметическому значению показателя;
- D: значению показателей до пробы;
- E: значению показателей после пробы.

? № 11,05. У пациента синдром бронхообструктивности:

- А: имеется;
- +В: отсутствует.

Пояснение: отсутствует один из кардинальных признаков бронхообструктивности – снижение индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 11,06. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

- А: соответствует;
- +В: не соответствует.

Пояснение: нет кардинального признака ХОБЛ – снижения индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 11,07. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

- А: по обструктивному типу;
- +В: по рестриктивному типу;
- С: по смешанному типу.

? № 11,08. Пациент в дальнейшем динамическом наблюдении в ЦПП:

- +А: не подлежит;
- В: подлежит.

? № 11,09. Проведение экспертизы профпригодности у неработающих:

- +А: обязательно;
- В: определяется установкой пациента возобновить работу.

? № 11,10. У пациента противопоказания к работе в условиях повышенного содержания аэрозолей:

- А: имеются;
- +В: отсутствуют.

? № 11,11. Генез хронического бронхита:

- +А: общесоматический;
- В: профессиональный;
- С: постановка вопроса преждевременная: необходимо динамическое наблюдение.

? № 11,12. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие медицинской документации до 2004 года, не позволяющее окончательно определиться с началом развития хронического бронхита; гнойный характер мокроты не только по данным анамнеза, но и лабораторно; перенесенная в 2005 г. пневмония и очаги фиброза в лёгочной ткани как косвенные признаки перенесенных некогда воспалительных процессов в обеих лёгких свидетельствуют в пользу общесоматического (инфек-

ционно-воспалительного) генеза хронического бронхита, что исключает профессиональный его генез.

Диагноз: хронический необструктивный бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмосклероз. ДН 0-1 (ноль-первой) ст. Заболевание общесоматическое. Данных за пневмокониоз нет. Наблюдение в ЦПП не показано. Возможность возвращения к труду в условиях повышенной запыленности будет определяться частотой обострения бронхолёгочной патологии и степенью ДН при поступлении на работу. По имеющимся в настоящее время спирографическим показателям оснований для отказа в приёме на работу в условиях повышенной запылённости нет согласно Приложению 3 (IV. Медицинские противопоказания к допуску к работам) и Приложению 1 (Дополнительные медицинские противопоказания) приказа № 302н от 12 апреля 2011 г.

Задача № 12 (стр. 48).

Ш-ов А.Б., 1952 г.р. (55 л.), обследован в ЦПП 25.06 – 11.07.2008 г. История заболевания ...

? № 12,01. Экспертиза связи заболевания с профессией должна проводиться в отношении:

- +А: пневмокониоза, на который была составлена СГХ;
- В: рака лёгкого;
- С: одновременно двух заболеваний.

? № 12,02. Рак лёгкого у работников пылевых профессий считается:

- А: самостоятельным профпатологическим заболеванием;
- +В: осложнением профзаболеваний органов дыхания пылевой этиологии;
- С: самостоятельным профпатологическим заболеванием, но только в сочетании с другим профессиональным заболеванием органов дыхания пылевой этиологии.

Пояснение: рак лёгкого при наличии у пациента профессиональной пылевой патологии лёгких считается не самостоятельным заболеванием, а его осложнением.

? № 12,03. Кодировка Rg-затемнений в лёгких буквами "s" и "p" означает:

- +А: их характер;
- +В: их размеры;
- С: лево- и правосторонность локализации поражения;
- D: принадлежность к какому-то виду пневмокониоза.

? № 12,04. Кодировка Rg-затемнений в легких цифрами "1/1" означает:

- А: их характер;
- В: их размеры;
- С: лево- и правосторонность локализации поражения;
- +D: плотность насыщения на 1 см^2 лёгочного поля.

? № 12,05. По показателям спирограммы состояние понятию "ХОБЛ профессионального генеза":

+А: не соответствует;

-В: соответствует.

? № 12,06. Формой лёгочного фиброза у пациента является:

-А: сидероз, кодируемый по МКБ-10 как J63.4;

-В: пневмокониоз, кодируемый по МКБ-10 как J63.8;

+С: лёгочный фиброз, кодируемый по МКБ-10 как J68.4.

Пояснение: в профессии газосварщика изменения в респираторной системе возникают от вдыхания химических веществ, газов, дымов и паров, то есть структур, мелкодисперсных исходно или образовавшихся в процессе конденсации. Эти изменения по МКБ-10 шифруются кодом J68; а среди них лёгочный фиброз – кодом J68.4. Клиническим эквивалентом последнего в отечественной медицине считается "пневмокониоз электросварщика" (J68.0. Перечень профессиональных заболеваний согласно приказу № 417н от 24 апреля 2012 г.)

Код J63.8, обозначающий "пневмокониозы от воздействия других уточнённых неорганических пылей", в данном случае менее приемлем, поскольку при нём, как и при всех случаях пневмокониозов, имеется в виду воздействие пыли, полученной в процессе агломерации, дробления, то есть пыли более крупной, чем при процессе конденсации.

Понятие "сидероз" соответствует пневмокониозу от изолированного воздействия соединений железа, которого в профессии газосварщика не наблюдается.

? № 12,07. У пациента экспертиза связи профессии со злокачественной опухолью лёгкого как самостоятельной нозологической единицы:

-А: неправомерна, поскольку на это заболевание не составлена СГХ;

+В: неправомерна, поскольку на период экспертизы пациент излечен от этого заболевания;

-С: правомерна, поскольку у пациента могут в последующем появиться метастазы опухоли;

+D: неправомерна, поскольку окислы железа, выделенные в СГХ, не обозначены как канцерогены.

? № 12,08. Заключение ВК по профпатологии: специфические признаки, свойственные пневмокониозу, а именно: утолщение междольковых и межальвеолярных перегородок, соответствующее "s/s" "1/2" по данным СКТ органов грудной клетки; изменения лёгочного рисунка в кортикальных отделах лёгких при Rg-обследовании в сочетании с 25-летним стажем работы газосварщиком в условиях воздействия запылённости класса 3.1 ст. с повышенным содержанием окислов железа позволяют говорить о профессиональной природе основного заболевания – пневмокониозе электросварщика.

Диагноз: пневмокониоз электросварщика "s/s" "1/2". Эмфизема лёгких. Диффузный пневмосклероз. Состояние после эктомии верхней доли левого лёгкого по поводу периферического бронхоальвеолярного рака (T₂N₀M₀). ДН II (вто-

рой) степени. Заболевание профессиональное. Установлено впервые. Показано динамическое наблюдение в ЦПП. Работа в условиях повышенной запылённости противопоказана. Подлежит направлению в МСЭ.

Задача № 13 (стр. 49).

Г-ов Н.Н., 1954 г.р. (58 лет), обследован в ЦПП в апреле 2013 г. История заболевания ...

? № 13,01. Пациент поступил в ЦПП на:

- А: консультацию;
- В: экспертизу профпригодности;
- +С: экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 13,02. По представленной информации ВК по профпатологии могла вынести заключение:

- +А: об отсутствии или наличии у пациента хронического бронхита профессиональной этиологии;
- +В: об отсутствии или наличии у пациента оснований к подозрению на профессиональный генез хронического бронхита;
- +С: о наличии у пациента хронического бронхита общесоматического генеза;

? № 13,03. У пациента дыхательная недостаточность:

- А: 0-I ст.;
- +В: I ст.;
- С: I-II ст.;
- D: II ст.

? № 13,04. В случае разных показателей спирограммы при пробе с бронхолитиками дыхательная недостаточность определяется по:

- А: минимальному значению показателя;
- +В: максимальному значению показателя;
- С: среднеарифметическому значению показателя;
- D: значению показателей до пробы;
- Е: значению показателей после пробы.

? № 13,05. У пациента синдром бронхообструктивности:

- А: имеется;
- +В: отсутствует.

Пояснение: отсутствует один из кардинальных признаков бронхообструктивности – снижение индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 13,06. У пациента состояние диагнозу "ХОБЛ профессионального генеза":

- А: соответствует;
- +В: не соответствует.

Пояснение: нет кардинального признака ХОБЛ – снижения индекса $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70%.

? № 13,07. У пациента имеется дыхательная недостаточность:

-А: по обструктивному типу;

+В: по рестриктивному типу;

-С: по смешанному типу.

? № 13,08. Пациент в дальнейшем динамическому наблюдению в ЦПП:

+А: не подлежит;

-В: подлежит.

? № 13,09. У пациента противопоказания к работе в профессии:

-А: имеются;

+В: отсутствуют.

? № 13,10. Проведение экспертизы профпригодности у неработающих:

+А: обязательно;

-В: определяется установкой пациента возобновить работу.

? № 13,11. Генез хронического бронхита:

+А: общесоматический;

-В: профессиональный;

-С: постановка вопроса преждевременная: необходимо динамическое наблюдение.

? № 13,12. Первичное звено профслужбы, получив СГХ с информацией о практическом отсутствии на рабочем месте повышенной запыленности:

-А: имело право отказаться от своего предварительного диагноза пылевого бронхита и не направлять работника в ЦПП;

+В: обязано направить работника в ЦПП, независимо от оценки условий труда по данным СГХ.

? № 13,13. Заключение ВК по профпатологии: развитие хронического бронхита практически в условиях постоянной работы, соответствующих по запыленности классу 2 (кроме 2-годового периода работы в 1991 – 1992 гг. в условиях запыленности классом 3.1 ст.), свидетельствуют в пользу общесоматического характера хронического бронхита, что исключает профессиональный его генез.

Диагноз: данных за пневмокониоз нет. Хронический необструктивный бронхит в стадии ремиссии, диффузный пневмосклероз, ДН I ст. Заболевание общесоматическое. Динамическое наблюдение в ЦПП не показано. В своей профессии годен.

Сопутствующее: гипертоническая болезнь III ст., риск 3.

Задача № 14 (стр. 52).

П-ов А.А., 1958 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 26.04 – 08.05.2007 г. История заболевания ...

? № 14,01. Какие изменения в лёгочной ткани информативнее в отношении пневмокониоза:

-А: обозначаемые буквами s, t, u;

+В: обозначаемые буквами p, q, r;

-С: вопрос надуманный: диагностическая информативность в отношении пневмокониоза обоих изменений в лёгких одинакова, паритетна.

Пояснение: патогномичным для пневмокониоза является гранулематозный процесс, то есть развитие узелков (узлов). Интерстициальные изменения менее специфичны.

? № 14,02. Интерстициальные изменения в лёгочной ткани размером в 4 мм надо кодировать как:

-А: p;

+В: u;

-С: q;

-D: s;

-E: t.

Пояснение: интерстициальные изменения в лёгочной ткани пневмокониотического генеза размером не более 1,5 мм кодируются как "s"; размером не более 3 мм – как "t" и размером более 3 мм – как "u".

? № 14,03. Узелковые изменения в лёгочной ткани размером не более 1,5 мм надо кодировать как:

+А: p;

-В: u;

-С: q;

-D: s;

-E: t.

Пояснение: узелковые изменения в лёгочной ткани пневмокониотического генеза размером не более 1,5 мм кодируются как "p"; размером не более 3 мм – как "q" и размером более 3 мм – как "r".

? № 14,04. У пациента развитие спаечного процесса в плевральной полости патогенетически с пневмокониотическим процессом:

+А: связано;

-В: не связано.

Пояснение: пневмокониотический процесс представляет собой развитие фиброза в результате макрофагального воспаления. Пылевые частицы, попадая в плевру, вызывают в ней такое же макрофагальное воспаление с развитием фиброза (спаек).

? № 14,05. У пациента противопоказания к продолжению работы в своей профессии:

-А: имеются;

+В: отсутствуют.

Пояснение: у пациента нет дыхательной недостаточности. Профпригодность в данном случае определяется не характером заболевания, а степенью функциональной способности.

? № 14,06. Заключение ВК по профпатологии: развитие патогномичных для пневмокониоза узелковых теней после 26-летнего стажа работы в условиях воздействия смешанной высокофиброгенной пыли (класс 3.3 ст.) и отсутствие других причин к их возникновению позволяет говорить о профессиональном генезе основного заболевания.

Диагноз: пневмокониоз от смешанной пыли ("s/p" "1/1"). Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Хронический необструктивный бронхит. ДН 0 (ноль) ст. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Нуждается в динамическом наблюдении в ЦПП. В своей профессии годен.

Задача № 15 (стр. 53).

Т-ов В.А., 1960 г.р. (47 л), обследован в ЦПП 02.09 – 18.09.2008 г. История заболевания ...

? № 15,01. Обследование на предмет пневмокониоза при работе последние 10 лет в условиях запыленности, не превышающих ПДК:

+А: правомерно;

-В: неправомерно.

Пояснение: существует так называемый "поздний пневмокониоз", начинающий манифестировать рентгенологически через годы после разобщения с фактором повышенной запыленности. Кроме того, согласно санитарно-гигиеническому Руководству (Р 2.2.2006-05 "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда"), при работе в условиях класса 2 возможно развитие профессиональных заболеваний (по данным Н.Ф. Измерова, на долю таких случаев приходится 5% профессиональной заболеваемости). Реальные же сроки появления у пациента узелковых изменений неизвестны, поскольку ранее СКТ органов грудной клетки не проводилось.

? № 15,02. Кодировка Rg-затемнений в лёгких буквами "s" и "p" означает:

+А: их форму;

+В: их размеры;

-С: лево- и правосторонность локализации поражения;

-D: принадлежность к какому-то виду пневмокониоза.

? № 15,03. Кодировка Rg-затемнений в лёгких цифрами "1/1" означает:

-А: их форму;

-В: их размеры;

-С: лево- и правосторонность локализации поражения;

+D: плотность насыщенности на 1 см² лёгочного поля.

? № 15,04. Интерстициальные изменения в лёгочной ткани размером в 1,5 мм и менее надо кодировать как:

- А: р;
- В: u;
- С: q;
- +D: s;
- Е: t.

Пояснение: интерстициальные изменения в легочной ткани пневмокониотического генеза размером не более 1,5 мм кодируются как "s"; размером не более 3 мм – как "t" и размером более 3 мм – как "u".

? № 15,05. Узелковые изменения в легочной ткани размером не более 3 мм надо кодировать как:

- А: р;
- В: u;
- +С: q;
- D: s;
- Е: t.

Пояснение: узелковые изменения в легочной ткани пневмокониотического генеза размером не более 1,5 мм кодируются как "p"; размером не более 3 мм – как "q" и размером более 3 мм – как "r".

? № 15,06. Развитие изменений в лимфатических узлах средостения патогенетически с пневмокониотическим процессом:

- +А: связано;
- В: не связано.

Пояснение: пневмокониотический процесс представляет собой развитие фиброза в результате макрофагального воспаления. Пылевые частицы, попадая в лимфатические узлы, могут вызвать в них такое же макрофагальное воспаление с развитием их склероза.

? № 15,07. По спирографическим показателям состояние понятию "ХОБЛ профессионального генеза":

- +А: не соответствует;
- В: соответствует.

? № 15,08. Признаки воспаления по данным ФБС, а также повышенное содержание лейкоцитов в мокроте доказательствами инфекционно-воспалительного характера респираторной патологии в целом у пациента:

- +А: не являются;
- В: являются.

Пояснение: основным содержанием респираторной патологии у пациента является пневмосклерозирующий процесс, а не патология бронхов. Инфекционно-воспалительная природа хронического бронхита не исключает его первоначально пылевое (в рамках пневмокониоза) развитие.

? № 15,09. Формой лёгочного фиброза у пациента является:

-А: сидероз, кодируемый по МКБ-10 как J63.4;

-В: пневмокониоз, кодируемый по МКБ-10 как J63.8;

+С: лёгочный фиброз, кодируемый по МКБ-10 как J68.4.

Пояснение: в профессии газоэлектросварщика изменения в респираторной системе возникают от вдыхания химических веществ, газов, дымов и паров, то есть структур, мелкодисперсных исходно или образовавшихся в процессе конденсации. Эти изменения по МКБ-10 шифруются кодом J68; а среди них лёгочный фиброз – кодом J68.4. Клиническим эквивалентом последнего в отечественной медицине считается "пневмокониоз электросварщика"(J68.0. Перечень профессиональных заболеваний согласно приказу № 417н от 24 апреля 2012 г.)

Код J63.8, обозначающий "пневмокониозы от воздействия других уточненных неорганических пылей", в данном случае менее приемлем, поскольку при нём, как и при всех случаях пневмокониозов, имеется в виду воздействие пыли, полученной в процесса агломерации, дробления, то есть пыли более крупной, чем при процессе конденсации.

Понятие "сидероз" соответствует пневмокониозу от изолированного воздействия соединений железа, которого в профессии газоэлектросварщика не наблюдается.

? № 15,10. У пациента противопоказания к работе в профессии:

+А: имеются;

-В: отсутствуют.

Пояснение: у пациента имеется дыхательная недостаточность II ст.

? № 15,11. Заключение ВК по профпатологии: выявление множественных патогномичных для пневмокониоза узелковых теней на фоне выраженных интерстициальных изменений легочной ткани, уплотнение бронхопульмональных лимфоузлов в сочетании с 21-летним контактом со сварочным аэрозолем, 15 лет из которых сопровождались работой в условиях запыленности, превышающих ПДК (класс 3.2 ст.), свидетельствуют в пользу профессионального генеза основного заболевания – пневмокониоза электросварщика.

Диагноз: пневмокониоз электросварщика ("s/p" "1/2"); хронический бронхит; эмфизема легких; диффузный пневмосклероз; ДН II (второй) ст.; хроническое лёгочное сердце в стадии компенсации, приходящая правожелудочковая экстрасистолия, ХСН 0 ст. Заболевание профессиональное, установлено впервые. В своей профессии не годен; нуждается в рациональном трудоустройстве. Направить на МСЭ. Показано динамическое наблюдение в ЦПП.

Задача № 16 (стр. 56).

Г-ов Г.Н. ,1957 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 02.03 – 20.03.2009 г. История заболевания ...

? № 16,01. Пыль считается высокофиброгенной при содержании в ней SiO₂:

-А: <5,0%;

- B: =>5,0-<10,0%;
- +C: =>10,0-<20,0%;
- +D: =>20,0%.

? № 16,02. ПДК высокофиброгенной пыли по содержанию в ней SiO₂ составляет:

- +A: 1-2 мг/м³;
- B: >2,0 мг/м³;
- C: >4,0 мг/м³;
- D: >6,0 мг/м³.

? № 16,03. Пневмокониоз у работников по добыче угля называется:

- +A: пневмокониоз угольщика;
- +B: антракосиликоз;
- +C: антракоз;
- +D: легкое угольщика;
- E: карбокониоз;
- F: пневмокониоз от воздействия смешанной (угольно-породной) пыли.

Пояснение: по МКБ-10 понятия в ответах "A-D" являются синонимами. Рассматриваемый случай с высоким содержанием в пыли SiO₂ наиболее точно характеризуется понятием "антракосиликоз". Карбокониоз возникает от изолированного воздействия чистого углерода (например, сажи), которого не может быть у шахтёров. Понятие в ответе "F" соответствует антракосиликозу. Понятие "пневмокониоз от воздействия смешанной пыли" было введено в классификацию пневмокониоза от 1976 года. Однако в последующих классификациях пневмокониоза и в перечне профессиональных заболеваний приказа № 417н от 24 апреля 2012 года это понятие уже не употребляется.

? № 16,04. Заключение ВК по профпатологии: выявление патогномоничных для пневмокониоза узелковых теней на фоне диффузных интерстициальных изменений в лёгких после 28-летнего стажа работы в условиях запылённости высокофиброгенной пылью, превышающих ПДК, и отсутствие значимых перенесенных заболеваний бронхолёгочной системы свидетельствуют в пользу профессионального генеза основного заболевания.

Диагноз: антракосиликоз "s/p" "1/1", хронический атрофический бронхит в стадии ремиссии; эмфизема лёгких; диффузный пневмосклероз, ДН I (первой) ст. Заболевание профессиональное, уставлено впервые. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП. В своей профессии годен (согласно приложению 3, п. IV. "Медицинские противопоказания к допуску к работе" приказа № 302н от 12 апреля 2011 г. противопоказанием к допуску к работе во вредных условиях труда является бронхолёгочная патология с ДН 2 ст. и более).

Задача № 17 (стр. 57).

Н-ев А.С., 1956 г.р., (56), находился в ЦПП в 02.12 – 11.12.2012 г. История заболевания ...

? № 17,01. Заключение Rg-исследования органов грудной клетки:

-А: информативно;

+В: не информативно.

Пояснение: врач-рентгенолог, обязанный знакомиться с историей заболевания, должен был рекомендовать выполнение СКТ органов грудной клетки. Кроме того, у пациента была резекция не правого лёгкого, а сегмента; правильно говорить не о "группе подозрительных на...", а о "группе подозрения на..."

? № 17,02. Постановка диагноза антракосиликоза после 11-летнего разобщения с воздействием угольно-породной пыли:

+А: правомерна;

-В: неправомерна.

Пояснение: существует позднее развитие пневмокониоза, под которым имеется в виду отсроченный во времени переход клеточных проявлений пневмокониотического воспаления в их склеротическую стадию. В данном случае достоверное время появления рентгеноманифестных проявлений пневмокониоза неизвестно. Rg-исследование и сейчас не обнаруживает узелковых изменений в лёгких и в плевре, выявленных при МСКТ.

? № 17,03. Заключение ВК по профпатологии: гистологические изменения, свойственные узелковому пневмокониозу (развитие соединительной ткани, гиалиноз на фоне отложения угольного пигмента в лёгочной ткани и в плевре), выявление патогномоничных для пневмокониоза узелковых теней в плевре по данным МСКТ органов грудной клетки и 14-летний стаж работы в условиях воздействия высокофиброгенной угольно-породной пыли в концентрациях, значительно превышающих ПДК (класс 3.4 ст.), свидетельствуют в пользу профессионального заболевания – антракосиликоза. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях повышенной запыленности противопоказана. Направить на МСЭ.

Диагноз: поздний пневмокониоз от воздействия угольно-породной пыли, "s/p" "1/1", ДН I-II ст.

Задача № 18 (стр. 59).

Б-ев В.Ф., 1982 г.р. (26 л.), обследован в ЦПП 20.02 – 26.02.2008 г. История заболевания ...

? № 18,01. Проведение экспертизы связи туберкулеза лёгких с профессией на стадии сохранения активности туберкулезного процесса:

-А: преждевременно;

+В: своевременно.

Пояснение: экспертиза связи заболевания с профессией касается обычно хронических заболеваний и должна проводиться в период их ремиссии. В анализируемом случае имеется острый процесс. В случае выздоровления от туберкулёза уже не будет предмета для проведения экспертизы.

? № 18,02. Оценка условий труда классом 2, то есть как безвредных, основанием для отказа проведения экспертизы в пользу профессионального генеза заболевания:

-А: является;

+В: не является.

Пояснение: для веществ биологической природы оценка их вредности производится по самому факту присутствия, а не критерию пороговости.

? № 18,03. Профессиональному туберкулёзу лёгких свойственна склонность к:

-А: деструктивному течению;

-В: бацилловыделению;

-С: развитию осложнений;

-D: сочетанию всего вышеизложенного;

+Е: отсутствию специфичности в клинической картине.

Пояснение: специфической картины профессионального туберкулёза лёгких не существует.

? № 18,04. Туберкулез лёгких у пациента:

+А: профессионального генеза;

-В: непрофессионального генеза.

? № 18,05. В случае полного излечения туберкулеза лёгких без клинически значимых последствий возвращение к прежней работе:

-А: противопоказано;

+В: не противопоказано.

Пояснение: в случае полного излечения без остаточных последствий пациент будет практически здоровым и противопоказаний к работе в прежних условиях не будет.

? № 18,06. Заключение ВК по профпатологии: возникновение туберкулёза лёгких через 6 лет от начала контакта с больными с бацилловыделением и отсутствие бытового контакта по карте эпидемиологического обследования указывают на профессиональный генез заболевания.

Задача № 19 (стр. 61).

К-ёв В.В., 1957 г.р. (56 л.), обследован в ЦПП 04.06 – 12.06.2013 г. История заболевания ...

? № 19,01. Если уровень поражения слухового анализатора:

1 кохлеарный;

2 ретрокохлеарный;

3 центральный

и имеется:

4 нарушение звукопроводения;

5 нарушение звуковосприятия,

то НСТ смешанного генеза характеризуется:

- А: 1,2;
- В: 1,3;
- +С: 1,4;
- D: 1,5;
- +Е: 2,4;
- F: 2,5.

? № 19,02. Течение НСТ для профессионального генеза:

- А: типичное;
- +В: нетипичное.

? № 19,03. Феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) при надпороговой аудиометрии позволяет диагностировать:

- А: кондуктивную тугоухость;
- +В: НСТ кохлеарного уровня;
- С: НСТ ретрокохлеарного уровня;
- D: смешанную тугоухость;
- Е: профессиональную тугоухость.

? № 19,04. Диагностически значимым показателем ФУНГ является:

- +А: менее 0,5 дБ;
- +В: менее 0,8 дБ;
- С: менее 1,0 дБ.

? № 19,05. Пациент динамическому наблюдению в ЦПП:

- А: подлежит;
- +В: не подлежит.

? № 19,06. Заключение ВК по профпатологии: резкая прогрессия за один год нейросенсорной тугоухости кохлеарного уровня поражения (с НСТ I ст. в 2010 г. до НСТ II ст в 2011 г.) с последующей стабилизацией слуха на этом уровне при продолжении работы в тех же условиях исключает подозрение на её профессиональный генез.

Диагноз: двусторонняя нейросенсорная тугоухость II (умеренной) ст. общесоматического генеза. Сопутствующее: гипертоническая болезнь II ст. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. В своей профессии годен.

Задача № 20 (стр. 62).

К-ий А.И., 1963 г.р. (45 л.), обследован в ЦПП 21.10 – 05.11.2008 г. История заболевания ...

? № 20,01. Если:

- 1 НСТ 0 ст. (отдельные признаки воздействия шума);
- 2 НСТ 0-I ст.;

3 НСТ I ст.

и если:

4 восприятие звука правым ухом;

5 восприятие звука левым ухом,

то состоянию слуховой функции у пациента соответствует:

-А: 1+4 и 1+5;

-В: 2+4 и 2+5;

-С: 3+4 и 3+5;

-D: 3+4 и 2+5;

+Е: 2+4 и 1+5.

? № 20,02. Поскольку подавалось извещение только о предварительном диагнозе вибрационной болезни, а теперь выявлены нарушения функции звуковосприятия, извещение о подозрении на профессиональный генез НСТ подавать:

-А: надо;

+В: не надо.

Пояснение: у пациента ещё не полностью сформировалась НСТ как нозологическое состояние, поскольку нарушение слуха слева соответствует 0-I ст.

? № 20,03. Генез выявленного нарушения слуха:

-А: общесоматический;

-В: профессиональный;

+С: обсуждение генеза преждевременно и необходимо динамическое наблюдение.

Пояснение: у пациента ещё нет предмета для обсуждения, поскольку НСТ как нозологическое состояние ещё полностью не сформировалась.

? № 20,04. Пациент динамическому наблюдению в ЦПП:

+А: подлежит;

-В: не подлежит.

? № 20,05. Заключение ВК по профпатологии: развитие нейросенсорной тугоухости 0-I ст. справа и отдельных признаков воздействия шума на слуховой анализатор слева (НСТ 0 ст.) после 18 лет работы в условия воздействия шума класса 3.3 ст. требуют динамического наблюдения в ЦПП. В своей профессии годен.

Диагноз: двусторонняя нейросенсорная тугоухость 0-I ст. справа.

Задача № 21 (стр. 64).

Д-ин А.А., 1955 г.р. (54 года), обследован в ЦПП 22.06 – 07.07.2012 г. История заболевания ...

? № 21,01. При тональной аудиометрии средняя величина потери слуха на частоты 500, 1000 и 2000 Гц для НСТ I ст. составляет:

-А: <5 дБ;

-В: =>5-<10 дБ;

+С: =>10-<15 дБ;

+D: =>15-<20 дБ.

? № 21,02. Если при кохлеарном уровне нарушения звуковосприятия оно начинается со снижения восприятия высокочастотных звуков, то использование шёпотной речи при скрининговых исследованиях объясняется:

+А: малой интенсивностью звука при шёпотной речи;

-В: преимущественно высокочастотным спектром звука при шёпотной речи по сравнению с разговорной речью;

+С: практическими трудностями исследования восприятия разговорной речи, требующего помещения значительной протяженности.

? № 21,03. Заключение ВК по профпатологии: дебют двусторонней нейросенсорной тугоухости кохлеарного уровня после 19 лет работы (2004 г.) в условиях воздействия шума, превышающих ПДУ; медленная прогрессия её до I ст. при продолжении работы в прежних условиях и отсутствие других причин к её развитию свидетельствуют о нейросенсорной тугоухости профессионального генеза.

Диагноз: профессиональная двусторонняя нейросенсорная тугоухость I ст. Заболевание профессиональное, установлено впервые. В своей профессии годен. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 22 (стр. 65).

О-ов С.С., 1958 г.р. (54 г.), обследован в ЦПП 05.08 – 24.08.2012 г. История болезни ...

? № 22,01. Профпатологическая служба первичного звена, заподозрившая профессиональный генез ДОА локтевых суставов и направившая в Роспотребнадзор извещение о предварительном диагнозе профессиональных ДОА локтевых суставов, содержание полученной СГХ:

+А: должна знать;

-В: не должна знать.

? № 22,02. Направление первичным звеном профслужбы работника на экспертизу связи заболевания с профессией в случае отсутствия по СГХ вредных факторов на рабочем месте работника:

+А: правильно;

-В: ошибочно;

-С: в таких случаях направление в ЦПП необходимо согласовывать со структурой Роспотребнадзора, написавшими СГХ.

Пояснение: обязательность направления работника в ЦПП вытекает из состоявшегося факта подачи в Роспотребнадзор извещения о постановке предварительного диагноза профессионального заболевания, а не из содержания полученной СГХ или рекомендаций структур Роспотребнадзора.

? № 22,03. Экспертиза связи заболевания с профессией в случае условий труда по СГХ класса 2 в пользу профессионального генеза заболевания:

-А: абсолютно невозможна;

+В: возможна.

Пояснение: "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда (Р 2.2.2006-05)" допускает возможность развития профессиональных заболеваний при классе 2 в случаях измененной реактивности организма. По публикациям академика Н.Ф. Измерова, доля профессиональных заболеваний, развившихся при условиях труда класса 2, составляет 5%.

? № 22,04. Если:

1 правый локтевой сустав;

2 левый локтевой сустав

и если:

3 нарушение функции сустава нет;

4 нарушение функции сустава I ст.;

5 нарушение функции сустава II ст.,

то функциональная способность локтевых суставов соответствует:

-А: 1+4, 2+4;

-В: 1+4, 2+5;

-С: 1+5, 2+4;

-D: 1+5, 2+5;

+Е: 1+4, 2+3;

-F: 1+5, 2+3.

? № 22,05. У пациента ДОА локтевых суставов по генезу является:

-А: профессиональным;

+В: общесоматическим.

? № 22,06. Заключение ВК по профпатологии: дебют ДОА локтевых суставов во время работы пациента в условиях отсутствия функциональных нагрузок на руки, прогрессирования заболевания с развитием НФС правого локтевого сустава при продолжении работы в тех же условиях исключают профессиональный их генез.

Диагноз: деформирующий артроз локтевых суставов II (второй) степени (рентгенологически) с НФС I (первой) ст. правого локтевого сустава. Заболевание общесоматическое. Данных за профессиональное заболевание рук от функционального перенапряжения нет. В своей профессии годен. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 23 (стр. 66).

А-ин Е.Д., 1965 г.р. (47 л.), обследован в ЦПП 11.09 – 25.09.2012 г. История заболевания ...

? № 23,01. При функциональных нагрузках на руки изолированность поражения локтевых суставов (то есть без поражения также функционально нагружаемых

лучезапястных и плечевых суставов) свидетельствует в пользу её:

-А: возрастного (инволютивного) генеза;

+В: профессионального генеза.

Пояснение: при функциональных нагрузках на руки изолированность развития ДОА локтевых суставов с НФС в них характерно для профессионального генеза.

? № 23,02. Степень нарушения функции локтевых суставов:

-А: 0-I;

-В: I;

+С: I-II;

-D: II.

? № 23,03. Заключение ВК по профпатологии: дебют остеоартрозов изолированно в локтевых, функционально нагружаемых суставах в 2002 г., т.е. после 14 лет работы с функциональным перенапряжением на руки класса 3.1-3.3 ст.; формирование НФ в них к 2011 г. при продолжении работы в тех же условиях и отсутствие других причин к их развитию свидетельствуют в пользу их профессионального генеза.

Диагноз: деформирующий артроз локтевых суставов II (второй) степени с НФС I-II (первой-второй) степени с двух сторон. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Продолжение работы в условиях воздействия функционального перенапряжения противопоказано. Направить на МСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 24 (стр. 67).

Е-ов С.В., 1967 г.р., (50 л.), обследован в ЦПП 29.01 – 04.03.2013 г. История заболевания ...

? № 24,01. Работник направлен в ЦПП на:

+А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

-С: экспертизу связи заболевания с профессией.

Пояснение: поскольку СГХ рабочего места не составлялась, экспертиза связи заболевания с профессией невозможна.

? № 24,02. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как:

+А: отдельные признаки воздействия функционального перенапряжения на верхние конечности;

-В: предварительный диагноз: профессиональный ДОА локтевых суставов с нарушением их функции от функционального перенапряжения;

-С: группа риска по развитию профессионального ДОА локтевых суставов;

-D: группа повышенного риска по развитию профессионального ДОА локтевых суставов.

Пояснение: ответ "В" неверен, поскольку направление в ЦПП с предварительным диагнозом профессионального заболевания должно сопровождаться СГХ рабочего места. Ответы "С" и "D" ошибочны, поскольку в них употребляется понятие "группа...", оценивающая не индивидуальное, а популяционное здоровье.

? № 24,03. ВК по профпатологии без СГХ имела право вынести заключение:

-А: о наличии у работника профессионального ДОА локтевых суставов от функционального перенапряжения;

+В: о наличии оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов от функционального перенапряжения;

+С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов;

+D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов на верхние конечности;

-Е: вопрос не корректен, поскольку ВК по профпатологии без СГХ не имеет права выносить какие-либо заключения.

? № 24,04. Предположение первичного звена о возможно профессиональном генезе патологии локтевых суставов у пациента:

+А: не аргументировано;

-В: аргументировано.

Пояснение: в перечне профессиональных заболеваний суставов, который первичное звено должно знать (приказ № 417н от 24 апреля 2012 г.), хондроматоз не значится. ДОА в локтевых суставах носит, безусловно, вторичный характер.

? № 24,05. Заключение ВК по профпатологии: первичный хондроматоз локтевых суставов с вторичным развитием в них ДОА с нарушением функции исключает подозрение на профессиональный генез ДОА.

Диагноз: хондроматоз локтевых суставов с вторичным ДОА и НФС справа III (третьей) степени и слева 0-I (ноль-первой) степени. Заболевание общесоматическое. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Решение вопроса о профпригодности – в компетенции лечебной сети с учётом частоты обострений ДОА и продолжительности их лечения.

Задача № 25 (стр. 69).

И-ко Н.В., 1967 г.р., (46 л.), обследована в ЦПП 17.05 – 30.05.2013 г. История болезни ...

? № 25,01. Заключение дерматолога при первой госпитализации в ЦПП о профессиональном генезе экземы:

-А: правомерно;

+В: неправомерно.

Пояснение: постановка диагноза профессионального заболевания является прерогативой только профпатологической ВК, а не лечащего врача, а тем более – консультанта.

? № 25,02. Дополнение к СГХ о количественном содержании на рабочем месте аллергена – двуххромовокислового калия:

-А: требуется;

+В: не требуется.

Пояснение: патогенное действие аллергенов не зависит от их количественного содержания на рабочем месте (отсутствует эффект пороговости).

? № 25,03. Стихание клинических проявлений при разобщении с вредным фактором производства называется:

+А: фактом элиминации;

-В: фактом экспозиции;

-С: фактом эрадикации;

-D: фактом "доза-зависимого ответа".

? № 25,04. Наличие лекарственной аллергии, предшествующей появлению экземы, профессиональный генез последней:

-А: исключает;

-В: делает маловероятным;

+С: не исключает.

? № 25,05. Заключение ВК по профпатологии: развитие экземы кистей рук в 2008 году, то есть после 27 лет работы с контактом с высокоаллергенным веществом, рецидивирующий характер экземы при продолжении работы в тех же условиях с чёткими проявлениями фактов элиминации и экспозиции, отсутствие бытовых аллергенов свидетельствуют в пользу аллергического характера рецидивирующей экземы, несмотря на существование лекарственной аллергии. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях воздействия аллергизирующих и раздражающих веществ на кожу противопоказана. Направить на МСЭК.

Задача № 26 (стр. 71).

Г-ев В.В., 1964 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 12.11 – 13.02.2013 г. История заболевания ...

? № 26,01. Движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

-А: сгибание-разгибание;

+В: отведение-приведение.

? № 26,02. Движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

+А: сгибание-разгибание;

-В: отведение-приведение.

? № 26,03. В норме амплитуда движения в плечевом суставе при его сгибании-разгибании должна быть:

-А: не менее 240° ;

+В: не менее 220° ;

- С: не менее 200° ;
- D: не менее 180° ;
- E: не менее 160° .

? № 26,04. В норме амплитуда движения в плечевом суставе при его отведении-приведении должна быть:

- А: не менее 240° ;
- В: не менее 220° ;
- С: не менее 200° ;
- +D: не менее 180° ;
- E: не менее 160° .

? № 26,05. Объём движения в правом плечевом суставе у пациента соответствует:

- +А: нормальному;
- В: нарушению функции I ст.;
- С: нарушению функции II ст.;
- D: нарушению функции III ст.

? № 26,06. Объём движения в левом плечевом суставе у пациента соответствует:

- А: нормальному;
- В: нарушению функции I ст.;
- С: нарушению функции II ст.;
- +D: нарушению функции III ст.

? № 26,07. У пациента ПЛП:

- А: имеется;
- +В: отсутствует.

? № 26,08. Стойкий болевой синдром в левом плечевом суставе проявлением ШОХ у пациента:

- А: является;
- +В: не является.

Пояснение: стабильность болевого синдрома не соответствует хроническому рецидивирующему течению ШОХ.

? № 26,09. ШОХ у пациента имеет генез:

- А: профессиональный;
- +В: общий.

Пояснение: в течение почти 20 лет течение ШОХ остается хронически-рецидивирующим, но непрогрессирующим.

? № 26,10. У пациента профессиональная пригодность к работе:

- А: сохранена;
- +В: потеряна.

Пояснение: у пациента имеются противопоказания к работе во вредных условиях труда.

? № 26,11. При неясности клинической картины заболевания проведение экспертизы связи заболевания с профессией:

+А: правомерно;

-В: неправомерно.

Пояснение: если клинические проявления болезни не содержат признаков профессионального заболевания, но не позволяют определиться с нозологической принадлежностью заболевания, то ВК ЦПП имеет право высказаться не только в пользу отсутствия оснований к подозрению на профессиональное заболевание, но при наличии СГХ – и в пользу отсутствия оснований для диагностики профессионального заболевания с рекомендациями общелечебной сети уточнить нозологическую принадлежность заболевания и, если в этом возникнет необходимость, провести повторную экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 26,12. В анализируемой ситуации ВК по профпатологии ЦПП имеет право принять решение в отношении:

-А: наличия у пациента отдельных признаков воздействия функционального перенапряжения на верхние конечности;

-В: предварительного диагноза ПЛП профессионального генеза;

-С: заключительного диагноза ПЛП профессионального генеза;

-D: подозрения на ПЛП профессионального генеза;

+Е: отсутствия у пациента оснований к подозрению на ПЛП профессионального генеза.

Пояснение: отсутствие признаков ПЛП исключает положительные ответы в вопросах "А"- "D". Понятия в пунктах "В" и "D" являются синонимами.

? № 26,13. Заключение ВК по профпатологии: острое развитие артропатии левого плечевого сустава неуточнённого генеза, начавшейся с острого развития болевого синдрома в нём в 2010 г., имитирующего плечелопаточный периартроз; отсутствие МРТ-признаков патологии плечевого сустава после трёхлетней сохранности болевого синдрома, не объясняемого шейным остеохондрозом, исключают подозрение на профессиональный его генез.

Диагноз: данных за подозрения на профессиональные заболевания периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата и вертеброгенную патологию нет. Определение характера артропатии в левом плечевом суставе и мышцах плечевого пояса – в компетенции ортопедов и неврологов. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Возобновление работы, сопряженной с тяжелым физическим трудом, противопоказано.

Задача № 27 (стр. 73).

И-ев Л.И., 1953 г.р. (59 л.), обследован в ЦПП 24.09 – 17.10.2012 г. История заболевания ...

? № 27,01. При функциональных нагрузках на руки изолированность развития НФ в локтевых суставах (то есть без НФ в также функционально нагружаемых лучезапястных и плечевых суставах) свидетельствует в пользу ДОА в локтевых суставах:

-А: общесоматического (возрастного) генеза;

+В: профессионального генеза;

-С: некой специфической (травматической, ревматоидной, псориатической и прочей) природы ДОА.

Пояснение: при функциональных нагрузках на руки изолированность развития ДОА локтевых суставов с НФС в них характерно для профессионального их генеза.

? № 27,02. По объёму движений у пациента НФ в локтевых суставах степени:

-А: 0-I;

-В: I;

-С: I-II;

+D: II.

? № 27,03. 6-летний стаж работы в условиях функциональных перенапряжений на руки для дебюта профессиональных ДОА является:

-А: недостаточным;

+В: достаточным.

? № 27,04. Терминальная латентность срединных нервов:

-А: снижена;

-В: нормальна;

+С: повышена.

? № 27,05. Скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

-А: практически нормальная;

-В: несколько снижена;

+С: явно снижена.

? № 27,06. Инструментальное исследование периферической нервной системы продиктовано:

-А: стандартной схемой обследования работников тяжелого физического труда;

+В: ДОА локтевых суставов.

Пояснение: необходимостью полного исключения поражения периферической нервной системы, которым может осложняться ДОА локтевых суставов.

? № 27,07. У пациента заболевание локтевых суставов с НФС в них является заболеванием:

+А: профессиональным;

-В: общим.

? № 27,08. Заключение ВК по профпатологии: дебют суставного синдрома в 1998 года, т.е. через 6 лет от начала работы с функциональными нагрузками на руки класса 3.2 ст., изолированное формирование НФС в функционально нагружаемых локтевых суставах при продолжении работы в тех же условиях свидетельствуют о профессиональном генезе выявленной патологии. Возможной причиной относительно раннего дебюта ДОА локтевых суставов после начала работы во вредных условиях труда является начало этой работы в возрасте 39 лет.

Диагноз: деформирующий артроз локтевых суставов II (второй) ст. с НФС I (первой) ст. с двух сторон. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Продолжение работы в условиях функционального перенапряжения на руки противопоказано. Направить в БМСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 28 (стр. 75).

П-ов А.М., 1968 г.р. (43 л.), обследован в ЦПП с 20.10 – 03.11.2011 г. История заболевания ...

? № 28,01. У пациента нарушение функции правого локтевого сустава:

-А: I ст.;

-В: II ст.;

+С: III ст.

? № 28,02. У пациента нарушение функции левого локтевого сустава:

-А: I ст.;

+В: II ст.;

-С: III ст.

? № 28,03. Подозрение на профессиональный генез НФС:

-А: аргументировано;

+В: не обосновано.

Пояснение: хондроматоз как основная причина развития НФС не числится в перечне профессиональных заболеваний. Поэтому отсутствовал предмет для экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 28,04. Заболевание локтевых суставов с НФС в них является заболеванием:

-А: профессиональным;

+В: общим.

? № 28,05. Заключение ВК по профпатологии: хондроматоз локтевых суставов объясняет артралгии и нарушение их функции. Оснований к диагностике ДОА профессионального генеза локтевых суставов нет.

Диагноз: хондроматоз локтевых суставов, стационарная форма, с НФС справа III (третьей) степени, слева II (второй) степени. Заболевание общесоматическое. Наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 29 (стр. 76).

П-ов М.П., 1954 г.р. (57 л.), обследован в ЦПП 12.04 – 16.05.2011 г. История заболевания ...

? № 29,01. У пациента нарушение функции левого локтевого сустава:

+А: I ст.;

-В: II ст.;

-С: III ст.

? № 29,02. Подозрение на профессиональный генез ДОА левого локтевого сустава, высказанное первичным звеном профпатологии:

+А: аргументировано;

-В: не обосновано.

Пояснение: первичное звено профпатологии не располагает всей полнотой информации о вредных условиях труда работника. Подозрение на профессиональный генез ДОА исходя из профмаршрута работника было обоснованным.

? № 29,03. Направление работника в ЦПП на экспертизу связи ДОА с профессией при указании в СГХ функциональных перенапряжений на руки класса 2:

+А: правомерно;

-В: ошибочно.

Пояснение: после подачи извещения о предварительном диагнозе профессионального заболевания и получения СГХ первичное звено обязано направить работника в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией независимо от оценки условий труда по СГХ.

? № 29,04. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие функциональных нагрузок на руки выше ПДУ по всему профмаршруту исключает профессиональный генез ДОА левого локтевого сустава. Данных за профессиональный генез заболеваний костно-мышечной системы нет.

Диагноз: деформирующий артроз левого локтевого сустава II (второй; рентгенологически) ст. с НФС I (первой) ст. Заболевание общесоматическое. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. В своей профессии годен.

Задача № 30 (стр. 77).

Б-ов А.Ф., 1957 г.р. (52 г.), обследован в ЦПП 13.08 – 31.08.2009 г. История заболевания ...

? № 30,01. Амплитуда движения в локтевых суставах в норме составляет:

-А: 180-170⁰;

-В: 170-150⁰;

+С: 150-140⁰;

-D: 140-120⁰.

? № 30,02. Изолированное поражение локтевых суставов с нарушением их функции при сохранности функции лучезапястных и плечевых суставов свойственно:

-А: ДОА общего (возрастного) генеза;

-В: ДОА профессионального генеза;

+С: атипичной форме ревматоидного артрита.

Пояснение: изолированность развития ДОА локтевых суставов у работников физического труда является характерной чертой профессионального их генеза (при условии исключения травм, значительных спортивных и бытовых нагрузок).

? № 30,03. В анализируемой ситуации ВК по профпатологии ЦПП имеет право принять решение в отношении наличия у пациента:

+А: отдельных признаков воздействия на верхние конечности функционального перенапряжения;

+В: предварительного диагноза профессионального ДОА локтевых суставов;

-С: заключительного диагноза профессионального ДОА локтевых суставов.

+D: подозрения на профессиональный генез ДОА локтевых суставов;

+Е: отсутствия оснований к подозрению на профессиональный генез ДОА локтевых суставов.

Пояснение: понятия в пунктах "В" и "D" являются синонимами. Нарушение функции суставов указывает на уже полностью сформировавшуюся нозологическую единицу – ДОА. Однако отсутствие СГХ рабочего места пациента не позволяет провести экспертизу связи заболевания с профессией.

? № 30,04. Заключение ВК по профпатологии: дебют суставного синдрома в функционально нагружаемых локтевых суставах через 31 год работы (к 2006 г.) с предполагаемыми нагрузками на руки, превышающими ПДУ по всему профессиональному маршруту; формирование НФС в них и отсутствие других причин к развитию НФС дают основания предполагать профессиональный генез ДОА в локтевых суставах .

Предварительный диагноз профессионального заболевания: деформирующий артроз локтевых суставов II (второй Rg-логически) степени, с НФС I (первой) степени с двух сторон. Подготовить пакет документов согласно постановлению правительства от 15 декабря 2000 г. № 967 (п. 13) для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. В своей профессии годен до проведения экспертизы связи заболевания с профессией.

Задача № 31 (стр. 78).

С-ин Ю.А., 1961 (51 г.), обследован в ЦПП 28.04 – 06.05.2012 г. История заболевания ...

? № 31,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей нормальное;

4 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей замедленно,

то проба с охлаждением может быть оценена как:

+А: 1+3;

-В: 1+4;

-С: 2+3;

-D: 2+4.

? № 31,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности:

3 снижен;

4.нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

-А: 1+3 и 2+3;

-В: 1+3 и 2+5;

-С: 1+4 и 2+5;

+D: 1+4 и 2+4;

-Е: 1+5 и 2+4;

-F: 1+5 и 2+3.

? № 31,03. Скорость распространения возбуждения (СРВ) по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

+А: снижена;

-В: в норме;

-С: повышена.

? № 31,04. СРВ по двигательным волокнам срединного нерва:

-А: снижена;

+В: в норме;

-С: повышена.

? № 31,05. Терминальная латентность срединных нервов:

-А: снижена;

-В: в норме;

+С: повышена.

? № 31,06. У пациента клинически значимой является патология:

+А: мягких образований костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата;

-В: костных образований костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата;

-С: периферической нервной системы.

Пояснение: клинически значимой представляется патология периартикулярных тканей, хотя имеют место и неспецифические признаки заинтересованности периферической нервной системы – лишь сенсорные нарушения по нервам на предплечьях и повышение терминальной латентности срединных нервов.

? № 31,07. ВК по профпатологии ЦПП без СГХ имеет право выносить заключение:

-А: о наличии у работника профессионального заболевания;

+В: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;
+D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;
-Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют права выносить какие-либо заключения.

Пояснение: без СГХ экспертиза связи заболеваний неправомерна. Для диагностики состояний в вопросах "В-D" СГХ не требуется.

? № 31,08. У пациента клиническая ситуация соответствует:

-А: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для постановки предварительного диагноза;

-В: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для подозрения на профессиональное заболевание;

+С: отдельным признакам неблагоприятного воздействия вредных факторов.

? № 31,09. Заключение ВК по профпатологии: клиническая ситуация укладывается в проявления эпикондилёза левой плечевой кости, дебютировавшего в 2010 году, но не имеющего прогрессивного течения, что исключает подозрение на его профессиональный генез. По результатам динамического наблюдения за 2011-2012 годы ко времени прекращения работы во вредных условиях данных за профессиональные заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата нет.

Диагноз: данных за профессиональное заболевание верхних конечностей нет. В связи с прекращением работы во вредных условиях труда динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 32 (стр. 81).

У-ва В.А., 1961 г.р. (50 л.), обследована в ЦПП 02.11 – 15.11.2011 г. История заболевания ...

? № 32,01. Для эпикондилёза профессионального генеза симметричность развития:

-А: обязательна;

+В: не обязательна.

? № 32,02. Заключение ВК по профпатологии: дебют эпикондилёза правой плечевой кости в 2004 году, т.е. после 15 лет работы с нагрузками на руки класса 3.1 ст.; хронически-рецидивирующее течение его при продолжении работы в тех же условиях с отсутствием стойкого эффекта от лечения и обострениями 2 раза в год и отсутствие других причин его возникновения свидетельствуют о профессиональном его генезе.

Диагноз: эпикондилёз медиального надмыщелка правой плечевой кости. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях воздействия функциональных нагрузок на руки, превышающих ПДУ, противопоказана. Направить на МСЭК. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 33 (стр. 82).

Я-ко В.П., 1953 г.р. (59 л.), обследован в ЦПП 03.05 – 30.05.2012 г. История заболевания ...

? № 33,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей нормальное;

4 Восстановление исходной T^0 после охлаждения кистей замедленно,

то проба с охлаждением может быть оценена как:

-А: 1+3;

+В: 1+4;

-С: 2+3;

-D: 2+4.

? № 33,02. Если

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и пороги вибрационной чувствительности:

3 снижены;

4.нормальны;

5 повышены,

то пороги ВЧ у пациента соответствует:

-А: 1+3 и 2+4;

-В: 1+3 и 2+3;

+С: 1+4 и 2+4;

-D: 1+4 и 2+5;

-Е: 1+5 и 2+3;

-F: 1+5 и 2+5.

? № 33,03. СРВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях:

+А: снижена;

-В: в норме;

-С: повышена.

? № 33,04. СРВ по двигательным волокнам локтевого нерва:

+А: снижена;

-В: в норме;

-С: повышена.

? № 33,05. Терминальная латентность по локтевым нервам:

+А: снижена;

-В: в норме;

-С: повышена.

? № 33,06. Амплитуда М-ответа по локтевым нервам:

-А: снижена;

+В: в норме;

-С: повышена.

? № 33,07. Клиническая ситуация соответствует преимущественному поражению:

+А: костно-мышечной системы;

-В: периферической нервной системы.

Пояснение: нарушения проведения по сенсорным волокнам и повышение терминальной латентности при сохранности амплитуды М-ответом указывает на реактивный характер изменений в нервах предплечий, вызванный патологией окружающих их образований, что не даёт оснований говорить о вегетосенсорной полинейропатии.

? № 33,08. ВК по профпатологии ЦПП без СГХ имеет право выносить заключение:

-А: о наличии у работника профессионального заболевания;

+В: о наличии или отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+С: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

+D: о наличии у работника заболевания общесоматической природы;

-Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют права выносить какие-либо заключения.

Пояснение: без СГХ экспертиза связи заболевания с профессией неправомерна. Для диагностики состояний пунктов "В" и "D" СГХ не требуется. Выносить заключение об общесоматическом генезе заболевания без СГХ возможно только в случае его аргументации, не нуждающейся в информации об условиях труда.

? № 33,09. У пациента клиническая ситуация соответствует:

-А: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для постановки предварительного диагноза;

-В: полностью сформировавшемуся профессиональному заболеванию, достаточному для подозрения на профессиональное заболевание;

-С: отдельным признакам неблагоприятного воздействия комплекса вредных факторов на верхние конечности.

? № 33,10. Заключение ВК по профпатологии: по результатам динамического клинико-инструментального обследования за 2007-2012 гг. у работника имеются периартрозы локтевых суставов без прогрессирующего их течения, что не позволяет заподозрить их профессиональный генез. Таким образом, на момент прекращения работы во вредных условиях труда данных за профессиональные заболевания периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата нет.

Диагноз: данных за профессиональное заболевание верхних конечностей нет. В связи с прекращением работы во вредных условиях труда наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 34 (стр. 84).

Б-ов В.В., 1951 г.р. (62 г.), обследован в ЦПП 15.02 – 07.03.2013 г. История заболевания ...

? № 34,01. Если движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

1 отведением-приведением;

2 сгибанием-разгибанием

и если нормальная граница его движения в этой плоскости составляет:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции соответствует:

-A: 1,3;

-B: 1,4;

-C: 1,5;

-D: 2,3;

+E: 2,4;

-F: 2,5.

? № 34,02. Если движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

1 отведением-приведением;

2 сгибанием-разгибанием

и если нормальной границей его движения в этой плоскости составляет:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции соответствует:

-A: 1,3;

-B: 1,4;

+C: 1,5;

-D: 2,3;

-E: 2,4;

-F: 2,5.

? № 34,03. Направление на экспертизу связи заболевания с профессией:

-A: своевременное;

+B: запоздалое.

? № 34,04. Экспертиза профпригодности в связи с нахождением пациента на пенсии:

-A: не требуется;

+B: требуется.

? № 34,05. Асимметричное поражение плечевых суставов профессиональный генез заболевания:

-А: исключает;

+В: не исключает.

? № 34,06. Заключение ВК по профпатологии: ПЛП справа, подтвержденный МРТ-признаками; документированный его дебют в 2007 году, т.е. через 35 лет работы с функциональными нагрузками на плечевой пояс класса 3.1 ст.; непрерывно рецидивирующее течение его при продолжении работы в тех же условиях свидетельствуют в пользу его профессионального генеза.

Диагноз: плечелопаточный периартроз справа, синдром сдавления ротатора плеча, НФС II- III (второй-третьей) степени. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Возобновление работы с функциональными перенапряжениями на руки противопоказано. Направить в МСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 35 (стр. 86).

П-ев А.Н., 1957 (52 г.), обследован ЦПП 16.03 – 31.03.2011 г. История заболевания ...

? № 35,01. Направление работника в ЦПП на экспертизу связи ДОА локтевых суставов с профессией при указании в СГХ функциональных перенапряжений на руки класса 2:

+А: правомерно;

-В: не обосновано.

Пояснение: после подачи извещения о предварительном диагнозе профессионального заболевания и получения СГХ первичное звено обязано направить работника в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией независимо от оценки условий труда по СГХ.

? № 35,02. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие нагрузок на руки выше ПДУ по всему профмаршруту исключает профессиональный генез ДОА локтевых суставов, что является дополнительной аргументацией их псориатического генеза.

Диагноз: псориатическая артропатия верхних и нижних конечностей с НФ в локтевых суставах (в правом – I ст. и в левом – II ст.). Заболевание общесоматическое. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 36 (стр. 88).

Л-ин А. А., 1954 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 26.08 – 16.09.2005 г. История заболевания ...

? № 36,01. Течение рефлекторных синдромов шейного уровня у работника:

-А: прогрессивное;

+В: непрогредиентное;
-С: регредиентное.

? № 36,02. Рефлекторные синдромы шейного уровня:

-А: профессионального генеза;
+В: общесоматического генеза.

? № 36,03. У пациента синдром позвоночной артерии:

-А: имеется;
+В: отсутствует.

? № 36,04. Синкопальные приступы у пациента симптомом позвоночной артерии:

-А: являются;
+В: не являются.

? № 36,05. Нарушение мозговой гемодинамики по данным доплерсканирования экстракраниальных сосудов клинически значимыми:

-А: являются;
+В: не являются.

? № 36,06. У пациента противопоказания к работе во вредных условиях труда:

+А: имеются;
-В: отсутствуют.

? № 36,07. Заключение о профпригодности без определения генеза заболевания – профессионального или общесоматического:

+А: правомерно;
-В: неправомерно.

? № 36,08. Заключение ВК по профпатологии: клинически значимыми являются синкопальные состояния неуточненного генеза. Появление их до возникновения симптоматики вертеброгенной патологии шейного уровня исключает их вертеброгенный генез. Работа во вредных условиях противопоказана. Уточнение генеза приступов потери сознания – в компетенции неврологов.

Рефлекторные синдромы шейного уровня, дебютировавшие после 14 лет работы в условиях функциональных нагрузок на руки и верхний плечевой пояс, превышающих ПДУ, возникли в аномально сформированном позвоночнике (шейные рёбра с двух сторон) и не имеют прогрессивного течения. Данных за профессиональный генез рефлекторных синдромов шейного уровня в настоящее время нет. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Диагноз: синкопальные состояния неуточнённого генеза. Подлежит обследованию неврологом. Работа в условиях воздействия вредных факторов противопоказана.

Сопутствующее: шейный остеохондроз в аномальном позвоночнике, синдром цервикобрахиалгии. Заболевание общесоматическое. Наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 37 (стр. 90).

А-ов В.Н., 1951 г.р. (57 л.), обследован ЦПП 08.05 – 19.05.2008 г. История заболевания ...

? № 37,01. Если:

- 1 неврологическая симптоматика шейного уровня;
 - 2 неврологическая симптоматика поясничного уровня;
 - 3 хроническое рецидивирующее прогрессивное течение;
 - 4 хроническое рецидивирующее непрогрессивное течение,
- то клиническая ситуация соответствует:

- +А: 1+4 и 2+4;
- В: 1+3 и 2+4;
- С: 1+4 и 2+3;
- D: 1+3 и 2+3.

? № 37,02. Симптоматика миелопатии шейного уровня:

- А: выражена манифестно;
- В: имеет лишь отдельные проявления;
- +С: полностью отсутствует;
- D: необходимо проведение дополнительных обследований.

? № 37,03. Правосторонний ПЛП с симптомом Довборна является:

- А: самостоятельным заболеванием, обусловленных тяжелым физическим трудом;
- +В: периферической (внеverteброброгенной) формой проявления вертеброброгенной патологии шейного уровня;
- С: проявлением полиостеоартроза возрастного (инволютивного) генеза.

Пояснение: у пациента не было функционального напряжения на верхние конечности. ПЛП есть проявление ШОХ, который доказывается другими клиническими проявлениями ШОХ, а также наличием патоморфологического субстрата.

? № 37,04. В случае полной уверенности первичного звена профпатологии в отсутствии подозрения на профессиональный генез заболевания, оно должно:

- А: отказать пациенту в направлении в ЦПП с тем предварительным диагнозом профессионального заболевания, на котором настаивает пациент;
- В: направить пациента в ЦПП с тем предварительным диагнозом профессионального заболевания, на котором настаивает пациент;
- +С: направить пациента на консультацию к областной ЦПП.

? № 37,05. Заключение ВК по профпатологии: данных за шейную миелопатию нет. Дебют вертеброброгенной патологии шейного уровня ещё до начала работы во вредных условиях труда, многоуровневый её характер, множественные аномалии развития позвоночника на шейном и поясничном уровнях (шейные ребра; врожденно узкий позвоночный канал; левосторонняя фиброзная сакрализация L₅, дву-

частное пульпозное ядро L₄₋₅), хроническое рецидивирующее, но непрогредиентное течение вертеброгенной патологии в период работы с функциональными нагрузками на позвоночник исключают профессиональный генез рефлекторных синдромов поясничного уровня. Заболевание общесоматическое. Клиническое течение ПЛП позволяет трактовать его как проявление ШОХ, что исключает подозрение на профессиональный его генез.

Диагноз: многоуровневый (шейный C₂₋₃ II, IV периоды, C₃₋₄, C₄₋₅ IV период, C₅₋₆ III, IV периоды, грудной и поясничной с L₁₋₂ до L₅.S₁ IV период) остеохондроз в аномальном позвоночнике (шейные ребра, врожденный узкий позвоночный канал, левосторонняя фиброзная сакрализация L₅, двучастное пульпозное ядро L₄₋₅), хроническое рецидивирующее непрогредиентное течение. Заболевание общесоматическое. Данных за шейную миелопатию нет.

Полиостеоартроз без НФС. Заболевание общесоматическое. Данных за профессиональный генез заболевания суставов нет.

Задача № 38 (стр. 93).

Г-ва Л.А., 1967 г.р. (46 л.), обследована в ЦПП 25.02 – 04.03.2013 г. История заболевания ...

? № 38,01. Экспертиза связи заболевания с профессией в 2009 г. была бы:

+А: преждевременной;

-В: своевременной.

Пояснение: оперативное лечение привело к реабилитации функциональной способности работницы. Поэтому в первое время после операции не было предмета для экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 38,02. Экспертиза связи заболевания с профессией в настоящее время:

+А: своевременная;

-В: запоздалая.

Пояснение: возобновление функциональных нагрузок на плечевой пояс повлекло рецидивы вертеброгенной патологии шейного уровня. На динамическую прослеженность вертеброгенной патологии ушло 2 года.

? № 38,03. При наличии ШОХ эпикондилёзы и ПЛП являются:

-А: обязательным проявлением ШОХ;

+В: могут иметь экстравертеброгенный генез.

? № 38,04. У пациентки эпикондилёзы и ПЛП есть проявления:

+А: рефлекторных синдромов вертеброгенной патологии шейного уровня;

-В: компрессионных синдромов вертеброгенной патологии шейного уровня;

-С: самостоятельных заболеваний костно-мышечной системы профессионального генеза от функционального перенапряжения плечевого пояса.

? № 38,05. Заключение ВК по профпатологии: дебют рефлекторных синдромов шейного, функционально нагружаемого отдела позвоночника с 2007 года, т.е. после 22 лет работы с функциональным перенапряжением на шейный отдел позво-

ночника класса 3.2 ст.; прогрессивное их течение, приведшее к развитию компрессионных синдромов при продолжении работы в тех же условиях, потребовавшее оперативного лечения; рецидивы рефлекторных синдромов шейного уровня с началом возобновления функциональных нагрузок на плечевой пояс и отсутствие других причин к их развитию (травм, аномалий развития) свидетельствуют о профессиональном генезе выявленной патологии.

Диагноз: рефлекторные и компрессионные синдромы шейного уровня в оперированном позвоночнике: остаточные явления компрессии корешка С₇ слева; мышечно-тонические синдромы шейного уровня в виде периартрозов плечевого и локтевого сустава слева. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Возвращение к труду с функциональным перенапряжением плечевого пояса противопоказано. Направить в МСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 39 (стр. 94).

Е-ов А.В., 1970 г.р. (40 л.), обследован в ЦПП 03.11 – 12.11.2012 г. История заболевания ...

? № 39,01. Работник направлен в ЦПП из:

-А: группы риска;

+В: группы повышенного риска.

Пояснение: при наличии у работника признаков отклонений в состоянии здоровья он должен относиться к группе повышенного риска.

? № 39,02. Работник направлен в ЦПП на:

+А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

-С: экспертизу связи заболевания с профессией.

Пояснение: поскольку СГХ рабочего места не составлялась, оценка профпатологической ситуации возможна в форме консультации.

? № 39,03. Экспертиза профпригодности без окончательного представления о наличии или отсутствии профпатологического заболевания:

-А: непроверена;

+В: проверена.

Пояснение: при экспертизе профессиональной пригодности этиология заболевания во внимание не принимается. При её проведении ориентируются в большей части случаев на выраженность функциональных нарушений, хотя в ряде случаев общесоматической патологии только её наличие вне зависимости от функционального состояния является достаточным для противопоказания к работе в определенных профессиях.

? № 39,04. Диагноз направления в ЦПП должен был быть сформулирован как:

+А: отдельные признаки воздействия тяжести трудового процесса на опорно-двигательный аппарат;

-В: предварительный диагноз рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней;

-С: группа риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней;

-D: группа повышенного риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней.

Пояснение: ответ "В" неверен, поскольку направление в ЦПП с предварительным диагнозом профессионального заболевания должно сопровождаться СГХ рабочего места. Ответы "С" и "D" ошибочны, поскольку в них употребляется понятие "группа...", оценивающая не индивидуальное, а популяционное здоровье.

? № 39,05. ВК по профпатологии ЦПП по имеющейся информации имела право вынести заключение:

-А: о наличии у работника неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

+В: о наличии оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

+С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

+D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов производства на опорно-двигательный аппарат;

-Е: вопрос не корректен, поскольку без проведения ЭМГ нельзя выносить заключения о генезе неврологической патологии.

? № 39,06. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 рефлекторные синдромы;

4 компрессионные синдромы,

то клиническая ситуация представлена:

+А: 1+3 и 2+3;

-В: 1+4 и 2+4;

-С: 1+3 и 2+4;

-D: 1+4 и 2+3.

? № 39,07. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии,

то клиническая ситуация представлена:

+А: 1+3 и 2+3;

-В: 1+3 и 2+4;

-С: 1+4 и 2+3;

-D: 1+4 и 2+4.

? № 39,08. Заключение ВК по профпатологии: дебют вертеброгенной патологии с грудного, функционально не нагружаемого, отдела позвоночника (1992 г.) и

практически почти совпавший с началом работы; выраженные аномалии развития позвоночника – болезнь Шейерман-Мау (центральные грыжи Шморля Th₆-L₂), узкий позвоночный канал на поясничном уровне; многоуровневый характер поражения позвоночника, требующий систематического лечения, исключают подозрение на профессиональный генез вертеброгенной патологии. Заболевание общесоматическое. Наблюдению в ЦПП не подлежит. Решение вопроса о профпригодности – в компетенции ВК общелечебной сети по частоте и продолжительности обострений ОХ позвоночника. Сопутствующая патология: двусторонний коксартроз I-II ст.

Диагноз: врожденная аномалия позвоночника (болезнь Шейерман-Мау и узкий позвоночный канал), вторичный многоуровневый ОХ позвоночника с рефлекторными синдромами. Двусторонний коксартроз I-II ст.

Задача № 40 (стр. 97).

Ш-ин Н.Д., 1947 г.р.(64 г), обследован в ЦПП в 04.04 – 15.04.2011 г. История заболевания ...

? № 40,01. У пациента синдромы поясничного уровня:

+А: рефлекторные;

-В: компрессионные;

+С: остаточные явления компрессии корешка L₅ справа.

? № 40,02. У пациента основания для подозрения на профессиональный генез неврологической патологии поясничного уровня:

-А: имеются;

+В: отсутствуют.

? № 40,03. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие медицинской документации до 2005 г., не позволяющее проследить характер течения вертеброгенной патологии на поясничном уровне, потребовавшей оперативного лечения в 1998 г.; рецидив вертеброгенной патологии в скомпрометированном операцией поясничном отделе позвоночника исключают предположение о профессиональном генезе рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного уровня как в прошлом, так и в настоящее время.

Диагноз: ПОХ L₁₋₂, L₂₋₃ – 4 период, L₄₋₅ – 2-4 периоды, L₃₋₄, L₅-S₁ – 3-4 периоды, хроническое рецидивирующее непрогредиентное течение, рефлекторные синдромы (хроническая люмбоишиалгия справа, остаточные явления компрессии корешка L₅ справа). Заболевание общесоматическое. Возобновление работы в условиях воздействия функциональных нагрузок на опорно-двигательный аппарат и костно-мышечную систему противопоказано.

Задача № 41 (стр. 98).

К-ов А.И., 1964 г.р. (49 л.), обследован в ЦПП 29.03 – 27.04.2012. г. История заболевания ...

? № 41,01. Профессиональному генезу неврологических синдромов поясничного уровня не соответствует:

-А: продолжительность стажа перед их развитием;

-В: особенности их течения;

-С: условия труда;

+D: ничто из перечисленного не противоречит профессиональному генезу неврологических синдромов поясничного уровня.

? № 41,02. Spina bifida S₁ предположению о профессиональном генезе компрессионных синдромов:

-А: противоречит;

+В: не противоречит.

Пояснение: spina bifida S₁ является клинически незначимой, поскольку не может быть морфологическим субстратом для компрессии корешка S₁.

? № 41,03. Заключение ВК по профпатологии: дебют рефлекторных синдромов поясничного уровня после 11 лет работы (1997 г.) с функциональным перенапряжением класса 3.2 ст.; прогрессивное их течение при продолжении работы в тех же условиях с развитием поясничной радикулопатии со стойкими двигательными и чувствительными расстройствами в настоящее время свидетельствуют в пользу профессионального генеза выявленной патологии.

Диагноз: радикулопатия корешков L₅ и S₁ справа. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Продолжение работы с функциональным перенапряжением поясничного отдела противопоказано. Направить в БМСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 42 (стр. 100).

З-ва Н.Я., 1959 (53 г.), обследована в ЦПП 28.11 – 14.12.2011 г. История заболевания ...

? № 42,01. У пациентки синдромы шейного уровня:

+А: рефлекторные;

-В: рефлекторно-компрессионные;

-С: компрессионно-рефлекторные.

? № 42,02. У пациентки патоморфологические проявления шейного остеохондроза являются:

-А: первичными;

+В: вторичными.

Пояснение: патоморфологические проявления шейного остеохондроза носят вторичный характер, являются реактивными изменениями хрящей и тел позвонков на врожденную гипермобильность, обусловленную несостоятельностью соединительной ткани, фиксирующей структуры этого отдела позвоночника.

? № 42,03. У пациентки имеющаяся патология:

-А: профессионального генеза;

+В: общего генеза.

? № 42,04. Заключение ВК по профпатологии: ранний (в юности) дебют рефлекторных синдромов шейного уровня (цервикокраниобрахиалгии), практически совпавший с началом работы и обусловленный врожденной гипермобильностью (нестабильностью) шейного отдела позвоночника, а не первичными дегенеративно-дистрофическими его изменениями (даже в 2011 году они минимальны), исключает их профессиональный генез.

Диагноз: хроническая цервикалгия на фоне врожденной гипермобильности позвоночника. Заболевание общесоматическое, что исключает основания к подозрению на профессиональный генез рефлекторных синдромов. Наблюдению в ЦПП не подлежит. Определение профпригодности – в компетенции общелечебной сети по частоте и выраженности обострений рефлекторных синдромов.

Задача № 43 (стр. 101).

П-ов А.А., 1968 г.р. (45 л), обследован в ЦПП 18.02 – 11.03.2013 г. История заболевания ...

? № 43,01. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регредиентный;

5 прогредиентный,

то профессиональному генезу их свойственно течение:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 1,5;

-D: 2,3;

-Е: 2,4;

+F: 2,5.

Пояснение: в случае функциональных нагрузок на поясничный отдел позвоночника как этиологии рефлекторных синдромов сохранность тяжелого физического труда должна сопровождаться прогредиентным их течением.

? № 43,02. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регредиентный;

5 прогредиентный,

то характер течения их у пациента соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

- С: 1,5;
- +D: 2,3;
- Е: 2,4;
- F: 2,5.

? № 43,03. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

- +А: рефлекторные;
- В: компрессионные;
- С: отсутствие данных ЭНМГ-исследования не позволяет определиться с характером синдромов.

Пояснение: данные объективного неврологического исследования исключают необходимость проведения СЭМГ.

? № 43,04. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

- А: профессионального генеза;
- +В: общего генеза
- С: без СГХ рабочего места определиться в отношении профессионального генеза заболевания невозможно;
- D: необходимо динамическое наблюдение в ЦПП в течение ещё 1-2 лет при продолжении работы в тех же условиях.

Пояснение: имеющихся особенностей рефлекторных синдромов поясничного уровня достаточно для исключения подозрения на профессиональный их генез. Для принятия решения об отсутствии подозрения на профессиональное заболевание СГХ не требуется.

? № 43,05. Заключение ВК по профпатологии: относительно ранний дебют ПОХ, практически с началом работы во вредных условиях, что констатировано в медицинской документации; многоуровневое поражение позвоночника; аномалии развития позвоночника (двучастное пульпозное ядро L₂₋₃, L₃₋₄, L₄₋₅, L_{5-S₁}); нетипичное для рефлекторных синдромов профессионального генеза их течение в виде продолжительного периода непрогредиентного течения, несмотря на продолжение работы в тех же условиях, которые имели место при дебюте ПОХ, исключают подозрение на профессиональный генез вертеброгенной патологии.

Диагноз: поясничный остеохондроз L₁₋₂, L₂₋₃ – 1 период, L₃₋₄, L₄₋₅ – 3, 4 период, L_{5-S₁} – 2-4 период, хроническое рецидивирующее непрогредиентное течение, люмбоишиалгия справа.

Задача № 44 (стр. 103).

К-ко Н.П., 1962 г.р. (50 лет), обследован в ЦПП 14.05 – 02.06.2012 г. История заболевания ...

? № 44,01. Пациент направлен в ЦПП на:

- +А: консультацию;
- В: экспертизу профпригодности;

-С: экспертизу связи заболевания с профессией.

Пояснение: проведение экспертизы связи заболевания с профессией невозможно из-за отсутствия СГХ рабочего места.

? № 44,02. Диагноз направления в ЦПП должен быть оформлен как:

-А: группа риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

-В: группа повышенного риска по развитию рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

+С: отдельные признаки воздействия физических факторов на опорно-двигательный аппарат;

-D: подозрение на профессиональный генез рефлекторных и компрессионных синдромов шейного и поясничного уровней;

-Е: предварительный диагноз шейного и поясничного остеохондрозов позвоночника профессионального генеза.

Пояснение: ответы "А" и "В" ошибочны, поскольку в них употребляется понятие "группа...", оценивающая не индивидуальное, а популяционное здоровье. Ответ "D" был бы правомерен только при наличии СГХ рабочего места пациента. Ответ "Е" неверен, поскольку в перечне профессиональных заболеваний (прошлом и настоящем) ПОХ и ШОХ не значатся.

? № 44,03. ВК по профпатологии имела право без СГХ вынести заключение:

-А: о наличии у работника профессионального заболевания;

+В: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

-Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют права выносить какие-либо заключения.

? № 44,04. Возбуждение вопроса о возможно профессиональном генезе рефлекторных синдромов поясничного уровня с преходящей компрессией корешков L₅ и S₁:

-А: преждевременно;

-В: своевременно;

+С: запоздалое.

? № 44,05. По имеющейся информации профессиональный генез рефлекторных синдромов поясничного уровня с преходящей компрессией корешков L₅ и S₁:

-А: возможен;

+В: маловероятен.

? № 44,06. Заключение ВК по профпатологии: множественная врожденная патология позвоночника – болезнь Шейерман-Мау (клиновидная деформация Th₁₀-L₃

с формирующимися здесь грыжами Шморля), узкий позвоночный канал на уровне L₄-L₅ и дополнительный, переходным позвонком L₆, приведшие к развитию вторичного многоуровневого остеохондроза позвоночника как причины рефлекторно-компрессионных синдромов поясничного уровня исключают подозрение на профессиональный генез рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного и шейного уровней. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Решение вопроса о профпригодности работника – в компетенции общелечебной сети с учетом частоты и продолжительности обострений дорсо-и цервикопатии.

Диагноз при выписке: болезнь Шейерман-Мау, врожденный узкий позвоночный канал, переходный позвонок L₆, вторичный остеохондроз позвоночника, рефлекторно-компрессионные синдромы.

Задача № 45 (стр. 105).

Г-ов А. Г., 1960 г.р. (53 г.), обследован в ЦПП 21.02 – 04.03.2013 г. История заболевания ...

? № 45,01. Если течение вертеброгенной патологии:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регредиентный;

5 прогредиентный,

то характер течения её у пациента соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 1,5;

-D: 2,3;

-Е: 2,4;

+F: 2,5.

? № 45,02. У пациента синдромы поясничного уровня:

-А: рефлекторные;

+В: компрессионные;

? № 45,03. У пациента неврологическая патология поясничного уровня:

-А: профессионального генеза;

+В: общего генеза;

-С: без СГХ рабочего места определить в отношении профессионального генеза заболевания невозможно;

-D: необходимо динамическое наблюдение в ЦПП в течение ещё 1-2 лет при продолжении работы в тех же условиях.

Пояснение: имеющих особенностей течения рефлекторных и компрессионных синдромов достаточно для исключения подозрения на профессиональный

их генез. Для принятия решения об отсутствии подозрения на профессиональное заболевание СГХ не требуется.

? № 45,04. Заключение ВК по профпатологии: поясничный остеохондроз, клинически дебютировавший по медицинским документам в 2007 году и имевший прогрессирующее течение, приведшее к инвалидности в 2011 году, развился на фоне аномалий развития поясничного отдела позвоночника: многочисленных грыж Шморля в Th₁₂-S₁, двучастного пульпозного ядра L₅-S₁, нарушения тропизма суставных отростков L₅-S₁, что свидетельствует в пользу общего генеза вертеброгенной патологии поясничного уровня, и тем самым исключает подозрение на профессиональный его генез.

Диагноз: ПОХ L₁₋₂, L₂₋₃, L₃₋₄, L₄₋₅, L₅-S₁ 3-4 период в аномальном позвоночнике (грыжи Шморля в Th₁₂, L₁, L₂, L₃, L₄, L₅, S₁, двучастное пульпозное ядро L₅-S₁, нарушение тропизма суставных отростков L₅-S₁), хроническое рецидивирующее прогрессирующее течение, радикулопатия корешков L₅, S₁ слева. Заболевание общесоматическое. Данных за профессиональный генез рефлекторных и компрессионных синдромов поясничного уровня нет. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Возобновление работы в условиях воздействия функциональных нагрузок на поясничный отдел позвоночника противопоказано.

Задача № 46 (стр. 107).

Ф-ов А.Е., 1964 г.р. (48 л.), находился в ЦПП в марте 2013 г. История заболевания ...

? № 46,01. Усиление клинических проявлений патологии при возобновлении действия вредных условий труда называется:

- А: фактом элиминации;
- +В: фактом экспозиции;
- С: доза-зависимым ответом.

? № 46,02. Возобновление рефлекторных синдромов после возобновления работы в прежних условиях в пользу профессионального их генеза:

- А: свидетельствует;
- +В: не свидетельствует.

Пояснение: рефлекторные синдромы возобновились в отделе позвоночника, уже скомпроментированном операцией, что не позволяет рассматривать эту особенность заболевания как дифференциально значимую.

? № 46,03. Проведение электронейромышечного исследования:

- +А: показано;
- В: не показано.

Пояснение: ИЭНМГ объективизирует компрессионные изменения (остаточные явления) корешка S₁.

? № 46,04. Имеющейся информации и документации достаточно для проведения:

- +А: экспертизы профпригодности;

+В: принятия решения относительно подозрения на профессиональный генез неврологической патологии;

-С: экспертизы связи заболевания с профессией.

Пояснение: отсутствие СГХ не позволяет провести экспертизу связи заболевания с профессией. Однако, для принятия решения о наличии или отсутствия оснований к подозрению на профессиональное заболевание СГХ не требуется.

? № 46,05. Если течение неврологических синдромов:

1 рецидивирующее;

2 хроническое рецидивирующее

и если тип течения:

3 непрогредиентный;

4 регрессиентный;

5 прогрессиентный,

то характер их течения у пациента по 2011 г. соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 1,5;

+D: 2,3;

-Е: 2,4;

-F: 2,5.

? № 46,06. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

-А: профессионального генеза;

+В: общего генеза.

? № 46,07. Заключение ВК по профпатологии: аномалии развития позвоночника (сакрализация, врожденный узкий позвоночный канал), объясняющие относительно ранний дебют поясничного остеохондроза в 1993 г., развившийся через 6 лет от начала постоянной работы с функциональными нагрузками на позвоночник; особенность клинического течения поясничного остеохондроза в виде первоначальной выраженности рефлекторно-компрессионных синдромов с последующим продолжительным непрогредиентным их течением в форме только рефлекторных синдромов по 2011 год; присоединение компрессионных синдромов уже в зрелом возрасте при воздействии как вредных факторов лишь наклонов корпуса и рабочей позы позволяют диагностировать ПОХ как общесоматическое заболевание, что исключает профессиональный генез неврологических синдромов поясничного уровня.

Диагноз: ПОХ, эпидуральный фиброз в левом заднебоковом секторе, остаточное пролабирование дисков; врожденный центральный и латеральный стеноз позвоночного канала, рефлекторные синдромы поясничного уровня. Заболевание общесоматическое. Данных за профессиональный генез неврологических синдромов поясничного уровня нет. Решение вопроса о профпригодности пациента – в компетенции общелечебной сети по частоте и продолжительности обострения патологии по регламентам приказа № 302н от 12 апреля 2011 г. (приложение 1).

Задача № 47 (стр. 109).

Б-ов С. В., 1962 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 16.04 – 06.05.2013 г. История заболевания ...

? № 47,01. Диагноз первичного звена профпатологии при направлении в ЦПП должен был быть сформулирован как:

-А: предварительный диагноз – рефлекторные синдромы поясничного уровня профессионального генеза;

+В: отдельные признаки воздействия функционального перенапряжения на позвоночник в виде рефлекторных синдромов.

Пояснение: отсутствие СГХ указывает на то, что извещение о предварительном диагнозе профессионального заболевания не подавалось и, следовательно, этот диагноз не предполагался.

? № 47,02. У пациента болезнь Шейерман-Мау:

-А: имеется;

+В: отсутствует.

Пояснение: отсутствие грыж Шморля в грудном отделе позвоночника и перемежающаяся их локализация в поясничном отделе позвоночника указывают на травматическое их происхождение.

? № 47,03. У пациента синдромы поясничного уровня:

+А: рефлекторные;

-В: рефлекторно-компрессионные;

-С: правильная оценка невозможна без ЭНМГ-исследования.

Пояснение: клинических признаков компрессионного синдрома нет, в связи с чем проведение ЭНМГ не показано.

? № 47,04. Если:

1 грудной уровень позвоночника;

2 поясничный уровень позвоночника;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии,

то клиническая ситуация представлена:

+А: 1+3 и 2+3;

-В: 1+3 и 2+4;

-С: 1+4 и 2+3;

-D: 1+4 и 2+4.

? № 47,05. Заключение ВК по профпатологии: травма поясничного отдела позвоночника, на что указывают клиновидная деформация тела позвонка L₁ и перемежающаяся локализация грыж Шморля (L₁ и L₃), и нарушение биомеханики движения в результате ДОА левого тазобедренного сустава III ст. исключают подо-

зрение на профессиональный генез рефлекторных синдромов поясничного уровня. Заболевание общесоматическое. Наблюдению в ЦПП не подлежит. Решения вопроса о профпригодности пациента – в компетенции ВК общелечебной сети с учетом не только вертеброгенной патологии поясничного уровня, но и ДОА левого тазобедренного сустава III ст.

Диагноз: остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника с рефлекторными синдромами. Клиновидная деформация позвонка L₁, грыжи Шморля в L₁ и L₃.

Сопутствующее заболевание: ДОА тазобедренных суставов без нарушения функции.

Задача № 48 (стр. 111).

И-на Г.В., 1960 г.р. (51 г.), обследована в ЦПП 13.09 – 28.09.2011 г. История заболевания ...

? № 48,01. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 рефлекторные синдромы;

4 компрессионные синдром,

то клиническая ситуация представлена:

-А: 1+4 и 2+4;

-В: 1+3 и 2+3;

-С: 1+4 и 2+3;

+D: 1+3 и 2+4.

? № 48,02. Если:

1 шейный уровень;

2 поясничный уровень;

3 больше оснований в пользу общего генеза неврологической патологии;

4 больше данных за профессиональный генез неврологической патологии,

то клиническая ситуация представлена:

-А: 1+4 и 2+4;

+В: 1+3 и 2+3;

-С: 1+4 и 2+3;

-D: 1+3 и 2+4.

? № 48,03. Определение у пациентки III гр. инвалидности аргументацией в пользу профессионального генеза патологии:

-А: является;

+В: не является;

-С: ответ определяется в каждом конкретном случае индивидуально.

Пояснение: группа инвалидности указывает на степень потери трудоспособности, но не на этиологию заболевания, вызвавшего её.

? № 48,04. ВК по профпатологии ЦПП по имеющейся информации имела право вынести заключение:

-А: о наличии у пациентки неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

+В: об отсутствии у пациентки неврологической патологии шейного и поясничного уровней профессионального генеза;

+С: о наличии у пациентки оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

+D: об отсутствии у пациентки оснований к подозрению на профессиональный генез неврологической патологии шейного и поясничного уровней;

+Е: о наличии у пациентки отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов производства на опорно-двигательный аппарат.

Пояснение: ответы "А" и "В" неверны, поскольку отсутствует СГХ рабочего места пациентки. Протокол аттестации рабочего места не является документом, достаточным для проведения экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 48,05. Заключение ВК по профпатологии: аномалии развития в шейном (аномалия Кимерли; гипермобильность в сегментах С₂ и С₃) и поясничном отделах позвоночника (узкий позвоночный канал) на фоне других аномалий развития (нефроптоз; пролапс митрального клапана; лобный гиперостоз; аномалии развития экстракраниальных сосудов) свидетельствуют в пользу общесоматического генеза многоуровневого ОХ позвоночника, что не позволяет заподозрить профессиональный генез рефлекторных и компрессионных синдромом шейного и поясничного уровней. Ранний дебют синдрома позвоночной артерии является проявлением не шейного остеохондроза, а аномалий развития шейного отдела позвоночника и экстракраниальных сосудов.

Данных за подозрение на профессиональное заболевание опорно-двигательного аппарата нет. В наблюдении в ЦПП не нуждается. Возобновление работы в условиях воздействия функциональных нагрузок на позвоночник противопоказано.

Диагноз: многоуровневый остеохондроз позвоночника на фоне аномалий его развития, хроническое рецидивирующее прогрессивное течение, рефлекторные и компрессионные синдромы шейного и поясничного уровней (синдром позвоночной артерии, вестибулоатактический синдром, синдром цервикобрахиалгии; люмбоишиалгический синдром и радикулопатия S₁ слева).

Задача № 49 (стр. 115).

Б-ов С.Н., 1957 г.р. (54 г.), обследован в ЦПП 13.10 – 21.11.2011 г. История заболевания ...

? № 49,01. У пациента синдромы поясничного уровня:

-А: рефлекторные;

-В: рефлекторно-компрессионные;

-С: компрессионно-рефлекторные;

+D: на стадии остаточных явлений компрессии.

? № 49,02. Течение неврологической симптоматики поясничного уровня до первого оперативного вмешательства в 1987 г. профессиональному генезу:

-А: соответствует;

+В: не соответствует.

Пояснение: отсутствовала характерная для компрессионных синдромом профессионального генеза прогрессивность течения неврологической симптоматики поясничного уровня.

? № 49,03. Неврологическая патология поясничного уровня до развития повторных компрессионных поясничного уровня в 2007 г. профессиональному генезу:

-А: соответствует;

+В: не соответствует.

Пояснение: развитие компрессионных синдромов пришлось на период работы, не предполагающий функционального напряжения на поясничный отдел позвоночника.

? № 49,04. У пациента вертеброгенная патология поясничного уровня:

-А: профессионального генеза;

+В: общего генеза;

-С: вопрос не корректен, поскольку для ответа необходима СГХ рабочего места работника.

Пояснение: СГХ нужна для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Для суждения о подозрении на профессиональный генез заболевания СГХ не требуется.

? № 49,05. Заключение ВК по профпатологии: по результатам клинко-инструментального обследования данных за вибрационную болезнь от воздействия локальных и общих вибраций нет.

Дебют вертеброгенной патологии поясничного уровня в 1975 году, т.е. за 5 лет до начала работы во вредных условиях труда; нетипичное для профессионального генеза острое развитие компрессионных синдромов поясничного уровня в 1987 г., проявившееся необходимостью оперативного лечения через 6 месяцев от момента первого обращения по амбулаторной карте; повторное развитие компрессионных синдромов (2007 г.) в период работы подземным помощником начальника участка, не предполагающей функциональных перенапряжений поясничного отдела позвоночника, исключают подозрение на профессиональный генез вертеброгенной патологии.

Диагноз: поясничный остеохондроз в дважды оперированном позвоночнике (1987, 2007 гг.), хроническое рецидивирующее прогрессивное течение его, остаточные явления компрессии корешков L₅ и S₁ слева, дефицитарная стадия, III степень клинических проявлений. Заболевание общесоматическое. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Экспертиза профпригодности – в компетенции ВК общелечебной сети в зависимости от частоты обострений ПОХ позвоночника.

Задача № 50 (стр. 117).

В-ов В.А., 1953 (58 л.), обследован в ЦПП с 10.05 – 20.08.2011 г. История заболевания ...

? № 50,01. По результатам СЭНМГ нарушения в двигательных волокнах:

-А: имеются;

+В: отсутствуют;

-С: вопрос не корректен, поскольку исследовалось проведение возбуждения по сенсорным волокнам.

Пояснение: терминальная латентность относится к параметрам М-ответа двигательных волокон. В данном случае она нормальная.

? № 50,02. Обследование на предмет ВБ у пациента неактуально в связи с:

+А: отсутствием подозрения на ВБ в диагнозе направления в ЦПП;

+В: отсутствием клинических проявлений ВБ;

-С: значительной отдаленностью имевшегося некогда воздействия вибрации на работника от настоящего обследования.

Пояснение: ЦПП обязан обследовать пациента на предмет того заболевания, которое указано как предварительное. Кроме того, у пациента не было клинических проявлений вибрационной болезни. Тем не менее ряд контрольных исследований на предмет вибрационной болезни был выполнен – ХП, определение ВБ, РВГ верхних конечностей. Выявленные при этих исследованиях невыраженные отклонения от нормы не имеют диагностического значения, тем более на фоне ШОХ позвоночника.

? № 50,03. Неврологическая симптоматика шейного уровня укладывается в:

-А: миелопатию;

-В: компрессионные синдромы;

+С: рефлекторные синдромы;

-D: ситуация неясна; необходимо динамическое наблюдение и дообследование.

? № 50,04. Если:

1 патология шейного уровня;

2 ДОА локтевых суставов;

3 заболевание профессиональное;

4 заболевание общесоматическое,

то клиническая ситуация оценивается как:

-А: 1+3 и 2+3;

+В: 1+4 и 2+4;

-С: 1+3 и 2+4;

-D: 1+4 и 2+3.

? № 50,05. Заключение ВК по профпатологии: документированный дебют рефлекторных синдромов шейного уровня в 2004 г., то есть в период работы с функциональными нагрузками на этот отдел позвоночника, не превышающих

ПДУ; рецидивирующее, но непрогрессирующее течение рефлекторных синдромов шейного уровня при продолжении работы в тех же условиях, свидетельствуют в пользу общего их генеза.

ДДА локтевых суставов с НФС I ст. не может являться профессиональным, поскольку с 2001 г. отсутствуют функциональные нагрузки на руки выше ПДУ.

Диагноз: шейный остеохондроз, рецидивирующее непрогрессирующее течение, хроническая цервикобрахиалгия. Заболевание общесоматическое.

Деформирующий артроз локтевых суставов II (второй) степени с НФС справа I (первой) степени и слева 0-I (ноль-первой) степени. Заболевание общесоматическое. Наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 51 (стр. 119).

Е-ов В.П., 1958 г.р., (54 г.), обследован в ЦПП 01.06 – 13.06.2012 г. История заболевания ...

? № 51,01. Если:

1 ангиодистонический синдром;

2 синдром вегетосенсорной полинейропатии;

3 мио- и остео дистрофический синдром

и если:

4 синдром сформировался;

5 синдром не сформировался,

то клиническую ситуацию можно описать как:

-А: 1+4, 2+4, 3+4;

-В: 1+5, 2+5, 3+5;

-С: 1+4, 2+4, 3+5;

-D: 1+4, 2+5, 3+4;

+Е: 1+5, 2+4, 3+4;

-F: 1+5, 2+4, 3+5.

? № 51,02. Вибрационная болезнь у пациента имеется в форме:

-А: I-II ст.;

-В: I ст.;

-С: отдельных признаков воздействия вибрации;

+D: данных за вибрационную болезнь нет.

? № 51,03. У пациента синдромы поясничного уровня:

+А: рефлекторные;

-В: компрессионные;

-С: компрессионно-рефлекторные.

? № 51,04. У пациента синдромы поясничного уровня:

-А: профессионального генеза;

+В: общего генеза;

-С: вопрос не корректен, поскольку для ответа необходима СГХ рабочего места работника.

Пояснение: СГХ нужна для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Для суждения о подозрении на профессиональный генез заболевания СГХ не требуется.

? № 51,05. Заключение ВК по профпатологии: по результатам динамического клинико-инструментального обследования данных за вибрационную болезнь от воздействия локальных и общих вибраций нет. Имеются клинические и рентгенологические признаки болезни Шейерман–Мау, которая не входит в перечень профессиональных заболеваний.

Диагноз: болезнь Шейерман–Мау, торакальная форма Th₅₋₉, резидуальная стадия, период поздних осложнений (хроническая люмбоишиалгия справа, хроническая цервикобрахиалгия). Заболевание общесоматическое. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. Решение вопроса о профпригодности – в компетенции общеврачебной сети в зависимости от частоты обострений вертеброгенной патологии.

Задача № 52 (стр. 121).

З-ер В.И., 1955 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 29.01 – 07.02.2007 г. История заболевания ...

? № 52,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 КТМ нормальная;

4 КТМ снижена,

то состояние периферического кровообращения соответствует:

-А: 1+3;

-В: 1+4;

-С: 2+3;

+D: 2+4.

? № 52,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности в целом:

3 снижен;

4.нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

-А: 1+3 и 2+3;

-В: 1+4 и 2+4;

+С: 1+5 и 2+5;

-D: 1+5 и 2+4;

-Е: 1+5 и 2+3;

-F: 1+4 и 2+3.

? № 52,03. Если:

1 Граница отведения плечевого сустава;

2 Граница сгибания плечевого сустава;

3 200° ;

4 180° ;

5 160° ,

то нормальная граница отведения и сгибания соответствует:

-А: 1+3 и 2+3;

+В: 1+4 и 2+4;

-С: 1+5 и 2+5;

-D: 1+4 и 2+5;

-Е: 1+5 и 2+3.

? № 52,04. У пациента объём движения в плечевых суставах:

-А: сохранен;

+В: НФС 0-I ст.;

-С: НФС I ст.;

-D: НФС I-II ст.

? № 52,05. Клиническая картина обусловлена:

-А: вибрационной болезнью от воздействия локальных вибраций;

+В: плечелопаточным периартрозом и ДОА локтевых суставов;

+С: рефлекторными синдромами шейного уровня.

? № 52,06. ПЛП у пациента является:

-А: самостоятельным заболеванием, обусловленным тяжелым физическим трудом;

+В: периферической (внеverteбrogенной) формой проявления вертебrogенной патологии шейного уровня;

-С: проявлением полиостеоартроза возрастного (инволютивного) генеза.

Пояснение: вертебrogенный генез ПЛП документирован клиническими проявлениями его обострений в периоды обострения ШОХ, что было зарегистрировано в медицинской карте амбулаторного больного.

? № 52,07. Вибрационная болезнь маловероятна на основании:

+А: недостаточной выраженности ангиодистонического синдрома;

-В: развития ПЛП с нарушением функции суставов;

+С: недостаточной выраженности вегетосенсорной полинейропатии.

? № 52,08. Заключение ВК по профпатологии: данных за вибрационную болезнь от воздействия локальных вибраций нет. Дебют клинических проявлений шейного остеохондроза в 1986 г., то есть ещё до начала работы во вредных условиях,

аномалии развития шейного отдела позвоночника (аномалия Кимерли, шейные рёбра) исключают подозрение на профессиональный генез рефлекторных синдромов шейного уровня.

Относительно раннее развитие суставного синдрома после начала работы с функциональными нагрузкам на руки (1998 г.), хронологическая приуроченность манифестации ПЛП в периоды обострения ШОХ, позволяют трактовать его как проявление шейного остеохондроза, что исключает подозрение на профессиональный генез ПЛП.

Диагноз: шейный остеохондроз C₂₋₃, C₆₋₇ – IV период, C₃₋₄ – II период, C₄₋₅ – II, IV периоды (динамическая фаза и патологическая подвижность 3 мм), C₅₋₆ – II, III, IV периоды (динамическая фаза) в аномальном позвоночнике (аномалия Кимерли, шейные ребра), двусторонний плечелопаточный периартроз с НФ слева 0-1 ст., хроническое рецидивирующее непрогрессирующее течение. Заболевание общесоматическое. Деформирующий остеоартроз локтевых суставов II ст., лучезапястных, пястно-фаланговых и межфаланговых суставов II ст. без НФС. Заболевание общесоматическое. Данных за вибрационную болезнь, патологию периферической нервной системы и костно-мышечной системы профессионального генеза нет.

Задача № 53 (стр. 124).

В-ин В.Г., 1960 г.р., (48 л.), обследован в ЦПП 11.01 – 16.01.2009 г. История заболевания ...

? № 53,01. Если:

1 ХП отрицательна;

2 ХП положительна;

3 КТМ нормальная;

4 КТМ снижена,

то состояние периферического кровообращения соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

+С: 2,3;

-D: 2,4.

? № 53,02. Если:

1 правая сторона исследования;

2 левая сторона исследования

и порог вибрационной чувствительности:

3 снижен;

4.нормален;

5 повышен,

то ВЧ у пациента соответствует:

-А: 1,3 и 2,3;

-В: 1,4 и 2,4;

+С: 1,5 и 2,5;

- D: 1,3 и 2,4;
- E: 1,4 и 2,5;
- F: 1,5 и 2,4.

? № 53,03. Если:

- 1 СРВ по сенсорным волокнам верхних конечностей;
- 2 СРВ по сенсорным волокнам нижних конечностей;
- 3 СРВ снижена;
- 4.СРВ нормальна;
- 5 СРВ повышена,

то по ЭНМГ состояние периферической нервной системы соответствует:

- A: 1,5 и 2,3;
- B: 1,5 и 2,4;
- C: 1,4 и 2,3;
- +D: 1,3 и 2,3;
- E: 1,4 и 2,4;
- F: 1,5 и 2,5.

? № 53,04. У пациента клинически значимой для оценки профессиональной ситуации является патология:

- A: мягких образований костно-мышечной системы (КМС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА);
- B: костных образований КМС и ОДА;
- +C: периферической нервной системы.

? № 53,05. У пациента имеющаяся патология:

- A: профессионального генеза;
- +B: общего генеза.

? № 53,06. Заключение ВК по профпатологии: имеющийся у работника сахарный диабет 2 типа, требующий медикаментозной его коррекции, исключает профессиональный генез вегетосенсорной полинейропатии.

Диагноз – сахарный диабет 2 типа, компенсация, диабетическая полинейропатия. Заболевание общесоматическое. Данных за профессиональные заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата нет. Пациент в своей профессии трудоспособен. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 54 (стр. 126).

О-ко С.А., 1960 г.р. (53 г.), обследовался в ЦПП в марте 2013 г. История заболевания ...

? № 54,01. У пациента полностью сформировавшимся синдромом является:

- A: ангиодистонический;

- +В: вегетосенсорной полинейропатии;
- С: миоостеодистрофический;
- D: ни один из перечисленных;
- Е: все перечисленные.

? № 54,02. Имеющиеся признаки могут быть оценены в рамках сформировавшейся нозологической единицы, а именно:

- А: вибрационной болезни от локальных вибраций;
- В: эпикондилёзов;
- +С: вегетосенсорной полинейропатии;
- D: ШОХ с рефлекторными синдромами;
- Е: признаки не укладываются ни в одну из перечисленных нозологических единиц.

? № 54,03. Пациент в дальнейшем динамическом наблюдении в ЦПП:

- +А: нуждается;
- В: не нуждается.

? № 54,04. Противопоказания к работе по профессии у пациента:

- А: имеются;
- +В: отсутствуют.

Пояснение: у пациента частота обострения полинейропатии наблюдаются 2 раза в год, которая, согласно приложению 1 приказа № 302н от 12 апреля 2011 года, является недостаточной для признания пациента непригодным к работе в его профессии.

? № 54,05. Заключение ВК по профпатологии: дебют начальных проявлений полинейропатии верхних конечностей в 2005 г., то есть после 22 лет работы с функциональным перенапряжением на руки и локальной вибрацией, превышающих ПДУ; формирование полной клиники полинейропатии верхних конечностей при продолжении работы в тех же условиях на фоне ежегодного амбулаторного лечения и отсутствие других причин её развития свидетельствуют в пользу профессионального генеза основного заболевания: полинейропатия верхних конечностей I (первой) степени от комплекса вредных факторов производства (функционального перенапряжения, локальной вибрации). Заболевание профессиональное. Установлено впервые. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП. На момент экспертизы связи заболевания с профессией – годен в своей профессии (согласно приложению 1 приказа № 302н от 12 апреля 2011 г.).

Задача № 55 (стр. 128).

К-ов М.Н., 1953 г.р. (55 л.), обследован в ЦПП 26.12 – 16.01.2009 г. История заболевания ...

? № 55,01. Скорости РВ по сенсорным волокнам срединных и локтевых нервов:

- +А: снижены;

-В: нормальны;
-С: повышены.

? № 55,02. Резидуальная латентность правого срединного нерва:

-А: снижена;
-В: нормальна;
+С: повышена.

? № 55,03. СРВ по моторным волокнам срединного и локтевого нервов:

+А: снижены;
-В: нормальны;
-С: повышены.

? № 55,04. По данным КТМ и ХП ангиодистонический синдром:

+А: отсутствует;
-В: имеются признаки начального его формирования;
-С: можно говорить об его инструментальном проявлении.

? № 55,05. По данным определения ВЧ она:

+А: не нарушена;
-В: имеются начальные проявления нарушения ВЧ в виде её асимметрии между кистями;
-С: можно говорить о повышении ВЧ справа на все частоты.

? № 55,06. Если синдром:

1 миоостеодистрофический;
2 вегетосенсорной полинейропатии;
3 ангиодистонический
и если синдром:
4 практически отсутствует;
5 сформирован не полностью;
6 сформирован полностью,
то клиническая ситуация соответствует:

-А: 1+5, 2+6, 3+5;
+В: 1+4, 2+5, 3+5;
-С: 1+6, 2+4, 3+6;
-D: 1+4, 2+5, 3+6;
-Е: 1+6, 2+6, 3+4.

? № 55,07. Данные обследования указывают на развитие клинических проявлений преимущественно из-за:

-А: патологии мягких образований опорно-двигательного аппарата;
-В: патологии плотных образований опорно-двигательного аппарата;
-С: изменений периферической нервной системы;
+D: ангиодистонических нарушений.

? № 55,08. У пациента имеется:

- А: вибрационная болезнь от воздействия общих вибраций;
- В: вегетосенсорная полинейропатия как самостоятельная нозология;
- +С: общесоматическая патология, имитирующая профессиональное заболевание.

? № 55,09. Заключение ВК по профпатологии: данных за вибрационную болезнь от воздействия общих вибраций не выявлено. Динамическое наблюдение в ЦПП не показано. Наиболее представленные у пациента ангиодистонические проявления могут объясняться имеющейся гипертонической болезнью. Показана консультация кардиолога.

Диагноз: данных за вибрационную болезнь от воздействия общих вибраций нет. Сопутствующее: гипертоническая болезнь II ст., частая желудочковая экстрасистолия.

Задача № 56 (стр. 130).

К-ий А.И., 1963 г.р. (45 л.), обследован в ЦПП 21.10 – 05.11.2008 г. История заболевания ...

? № 56,01. У пациента наиболее манифестным является синдром:

- А: миоостеодистрофический;
- В: вегетосенсорной полинейропатии;
- +С: ангиодистонический;
- D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 56,02. У пациента наименее клинически значимым является синдром:

- +А: миоостеодистрофический;
- В: вегетосенсорной полинейропатии;
- С: ангиодистонический;
- D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 56,03. У пациента имеется:

- А: поражение мягких образований опорно-двигательного аппарата;
- В: поражение плотных образований опорно-двигательного аппарата;
- +С: поражение периферической нервной системы;
- D: вибрационная болезнь от воздействия локальных вибраций.

? № 56,04. У пациента основным является:

- А: профессиональное заболевание периферической нервной системы;
- В: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;
- С: вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации;
- +D: общесоматическая патология.

? № 56,05. Заключение ВК по профпатологии: имеется диссоциация между выраженными ангиодистоническим с вегетосенсорными синдромами и начальными проявлениями миоостеодистрофического синдрома, что не характерно для вибрационной болезни. Данных за вибрационную болезнь нет. Клиническая картина

соответствует вегетосенсорной полинейропатии верхних конечностей с выраженным ангиодистоническим синдромом профессионального генеза.

Диагноз: вегетосенсорная полинейропатия верхних конечностей с выраженным ангиодистоническим синдромом. Заболевание профессиональное. Установлено впервые. Работа с воздействием вибрации, функциональных нагрузок и охлаждающего микроклимата противопоказана. Направить на МСЭК. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 57 (стр. 131).

К-ев В.Г., 1952 г.р. (59 л.), обследован в ЦПП 02.03 – 17.03.2011 г. История заболевания ...

? № 57,01. Из имеющихся у пациента синдромов наиболее выражен:

- А: ангиодистонический;
- В: вегетосенсорной полинейропатии;
- С: миоостеодистрофический;
- +D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 57,02. Из имеющихся у пациента синдромов наименее выражен:

- А: ангиодистонический;
- В: вегетосенсорной полинейропатии;
- С: миоостеодистрофический;
- +D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 57,03. Если имеется:

- 1 повышенная чувствительность рук к холоду;
- 2 пролонгированный симптом "белого пятна";
- 3 постоянное онемение кистей и предплечий;
- 4 снижение ВЧ на все частоты;
- 5 дистальный гипергидроз кистей;
- 6 слабость в руках,

то ангиодистоническому синдрому соответствует:

- А: 1,2,4;
- В: 1,3,5;
- +С: 1,2,5;
- D: 2,3,6;
- Е: 3,4,6;
- F: 4,5,6.

? № 57,04. Из имеющихся синдромов:

- А: хотя бы один ещё не полностью сформировался;
- +В: все синдромы полностью сформированы.

? № 57,05. У пациента вибрационная болезнь находится:

- А: на стадии отдельных признаков воздействия вибрации;

-В: на стадии вибрационной болезни I ст.;
+С: на стадии вибрационной болезни I-II ст.

? № 57,06. У пациента противопоказания к работе в условиях воздействия вибрации:

+А: имеются;
-В: отсутствуют.

Пояснение: у работника имеется вибрационная болезнь I-II ст., что требует прекращения работы в условиях воздействия вибрации.

? № 57,07. Заключение ВК по профпатологии: дебют сенсорного и миоостеодистрофического синдромов к началу 2000-х годов, т.е. после 20 лет работы в условиях воздействия локальной вибрацией класса 3.3 ст.; развитие полной клиники вибрационной болезни при продолжении работы в тех же условиях и отсутствие других причин развития перечисленных синдромов свидетельствуют о профессиональном генезе выявленной патологии.

Диагноз: вибрационная болезнь I-II (первой-второй) степени (ангиодистонический синдром I ст., сенсорный и миоостеодистрофический синдромы I-II ст.). Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях воздействия локальной и общей вибрации, охлаждения противопоказана. Направить на МСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 58 (стр. 133).

И-ов Ф.Р., 1958 г.р. (48 л.), обследован в ЦПП 21.12 – 10.01.2007 г. История заболевания ...

? № 58,01. СРВ по сенсорным волокнам локтевых и срединных нервов:

+А: снижена;
-В: нормальна;
-С: повышена.

? № 58,02. Резидуальная латентность по срединному нерву справа:

-А: снижена;
-В: нормальна;
+С: повышена.

? № 58,03. Амплитуда М-ответа по локтевому нерву слева:

+А: снижена;
-В: нормальна;
-С: повышена.

? № 58,04. СРВ на дистальном участке по двигательным волокнам:

-А: снижена;

-В: нормальна;
+С: повышена.

? № 58,05. Если ХП:

1 отрицательная;

2 положительная

и если восстановление кожной T^0 при ХП:

3 нормальное;

4 замедленное,

то данные ХП оцениваются как:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 2,3;

+D: 2,4.

? № 58,06. Среднее значение порога вибрационной чувствительности повышено:

-А: только на низкие частоты;

-В: только на средние частоты;

-С: только на высокие частоты;

+D: на все частоты;

-Е: порог вибрационной чувствительности нормален для всех частот.

? № 58,07. У пациента наиболее манифестным является синдром:

-А: миоостеодистрофический;

-В: вегетосенсорной полинейропатии;

-С: ангиодистонический;

+D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 58,08. У пациента наименее клинически значимым является синдром:

-А: миоостеодистрофический;

-В: вегетосенсорной полинейропатии;

-С: ангиодистонический;

+D: вопрос не корректен: все синдромы представлены паритетно.

? № 58,09. У пациента имеется:

-А: поражение мягких образований опорно-двигательного аппарата;

-В: поражение плотных образований опорно-двигательного аппарата;

-С: поражение периферической нервной системы;

+D: сочетанное поражение периферической нервной и костно-мышечной систем.

? № 58,10. ВК по профпатологии ЦПП имеет право вынести заключение о наличии у пациента:

-А: вибрационной болезни;

+В: подозрения на вибрационную болезнь;

+С: предварительного диагноза: вибрационная болезнь;

+D: отдельных признаков воздействия вибрации;

+Е: отсутствия подозрения на вибрационную болезнь.

Пояснение: исходя из оценки клинических данных ВК по профпатологии может вынести любое заключение из указанных в вопросах "В-Е", кроме заключения о наличии у пациента ВБ, поскольку она не располагает данными по условиям его труда. Понятия в вопросах "В" и "С" являются синонимами.

? № 58,11. У пациента основным является:

- А: профессиональное заболевание периферической нервной системы;
- В: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;
- +С: вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации;
- D: общесоматическая патология.

? № 58,12. Заключение ВК по профпатологии: клиническая картина определяется полностью сформировавшимися ангиодистоническим, сенсорным и миоостеодистрофическим синдромами, свойственными вибрационной болезни I ст. у работника, подвергающегося по характеру профессии воздействию локальной вибрации, предположительно превышающей санитарно-гигиенические нормативы. В связи с отсутствием СГХ рабочего места диагноз профессионального заболевания носит предварительный характер.

Предварительный диагноз: вибрационная болезнь от воздействия локальных вибраций I (первой) ст.: ангиодистонический, сенсорный и миоостеодистрофический синдромы. В своей профессии годен. Для экспертизы связи заболевания с профессией подготовить документы согласно постановлению правительства от 15 декабря 2000 г. № 967 (п. 15), подать повторно извещение о предварительном диагнозе вибрационной болезни.

Задача № 59 (стр. 136).

Щ-ин Н.И., 1954 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 24.11 – 08.12.2005 г. История заболевания ...

? № 59,01. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как:

- А: отдельные признаки воздействия вибрации и функционального перенапряжения на верхние конечности;
- +В: предварительный диагноз – вибрационная болезнь;
- С: группа риска по развитию вибрационной болезни;
- D: группа повышенного риска по развитию вибрационной болезни.

Пояснение: ответ "А" неверен, поскольку на отдельные признаки воздействия профессионального фактора СГХ не составляется. Ответы "С" и "D" ошибочны, поскольку в них употребляется понятие "группа...", оценивающая не индивидуальное, а популяционное здоровье.

? № 59,02. Какие синдромы имеются:

- А: туннельный синдром;
- +В: вегетосенсорной полинейропатии;
- С: синдром "плечо-кисть";

+D: миоостеодистрофический;
+E: ангиодистонический.

? № 59,03. Если:

1 гипалгезия полиневритического типа;
2 гипергидроз ладоней;
3 онемение пальцев рук;
4 кисти цианотичны;
5 пролонгированный синдром "белого пятна";
6 синдром Довборна положителен;
7 карпорадиальные рефлексy снижены;
8 мышечная сила в кистях снижена,
то ангиодистонический синдром представлен:

-A: 1+2+6;

+B: 2+4+5;

-C: 5+6+8;

-D: 1+5+7.

? № 59,04. Если:

1 гипалгезия полиневритического типа;
2 гипергидроз ладоней;
3 онемение пальцев рук;
4 кисти цианотичны;
5 пролонгированный синдром "белого пятна";
6. синдром Довборна положителен;
7. карпорадиальные рефлексy снижены;
8. мышечная сила в кистях снижена,
то вегетосенсорный синдром представлен:

-A: 2+3+6;

-B: 4+5+8;

+C: 1+3+7;

-D: 1+5+7.

? № 59,05. Имеющиеся синдромы сформированы:

+A: полностью;

-B: не полностью.

? № 59,06. Из имеющихся синдромов менее всего представлен:

-A: ангиодистонический;

-B: вегетосенсорный;

-C: миоостеодистрофический;

+D: вопрос не корректен – все синдромы представлены паритетно.

? № 59,07. Если движение в плечевом суставе в сагиттальной плоскости называется:

1 отведением-приведением;

2 сгибанием-разгибанием

и если нормальными границами его движения в этой плоскости являются:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции сустава соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 1,5;

-D: 2,3;

+Е: 2,4;

-F: 2,5.

? № 59,08. Если движение в плечевом суставе во фронтальной плоскости называется:

1 отведением-приведением;

2 сгибанием-разгибанием

и если нормальными границами его движения в этой плоскости являются:

3 $180-90^0$;

4 $180-40^0$;

5 $180-0^0$,

то сохранной функции сустава соответствует:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

+С: 1,5;

-D: 2,3;

-Е: 2,4;

-F: 2,5.

? № 59,09. У пациента противопоказания к работе в своей профессии:

-А: отсутствуют;

+В: имеются.

Пояснение: у пациента клиническая ситуация соответствует вибрационной болезни I-II ст., при которой пациент в своей профессии не годен и нуждается в направлении на МСЭ.

? № 59,10. Направление работника на экспертизу связи заболевания с профессией:

-А: преждевременно;

-В: своевременно;

+С: запоздалое.

? № 59,11. У пациента клиническая ситуация соответствует:

+А: вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации;

-В: плечелопаточному периартрозу с нарушением функции суставов;

- С: вегетосенсорной полинейропатии срединного и локтевого нервов справа;
- D: нозологическая идентификация симптоматики преждевременна и нарушение здоровья представлено отдельными синдромами.

? № 59,12. Заключение ВК по профпатологии: дебют ангиодистонического и сенсорного синдромов с началом 1990-х годов, то есть после 20 лет работы с воздействием локальной вибрации, превышающей ПДУ; формирование полной клиники вибрационной болезни при продолжении работы в тех же условиях и отсутствие других заболеваний со сходной симптоматикой позволяют говорить о профессиональном генезе основного заболевания.

Диагноз: вибрационная болезнь I-II (первой-второй) ст. (миоостеодистрофический синдром II ст., сенсорный и ангиодистонические синдромы – I ст.). Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях воздействия вибраций, охлаждающего микроклимата и функциональных нагрузок противопоказана. Направить в БМСЭК. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 60 (стр. 139).

Т-на Л.И., 1961 г.р. (47 л.), обследована в ЦПП 12.12 – 24.12.2008 г. История заболевания ...

? № 60,01. Выраженный синдром Рейно у пациентки является признаком:

- А: вибрационной болезни;
- В: синдромом "плечо-кисть" при шейном остеохондрозе;
- +С: общесоматической патологии.

Пояснение: синдрому Рейно вибрационного генеза обязательно должны сопутствовать манифестно представленные другие синдромы вибрационной болезни – вегетосенсорной полинейропатии и миоостеодистрофический. Синдром "плечо-кисть" имеет другую симптоматику.

? № 60,02. Синдром вегетосенсорной полинейропатии:

- +А: минимальной степени выраженности;
- В: в стадии формирования;
- С. почти сформировавшийся.

Пояснение: имеется лишь снижение СРВ по сенсорным волокнам нервов на предплечьях.

? № 60,03. Имеются основания диагностировать как основное заболевание:

- А: профессиональное заболевание периферической нервной системы;
- В: профессиональное заболевание костно-мышечной системы;
- С: вибрационную болезнь от воздействия локальной вибрации;
- +D: общесоматическую патологию.

? № 60,04. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие клинико-инструментальных проявлений вибрационной болезни (нет вегетосенсорной полинейропатии и сформировавшегося мышечно-дистрофического синдромов); де-

бют ангиоспазмов сосудов верхних конечностей через 7 лет (2007 г.) после прекращения воздействия локальной вибрации, превышающей ПДУ и относительно непродолжительный (8-летний; 1992-2000 гг.) стаж работы в условиях воздействия локальной вибрации минимального класса вредности (3.1) исключают профессиональный генез ангиоспазмов верхних конечностей. Данных за ВБ нет.

Вегетативная дистония с молодых лет, дебют ангиоспазмов после психоэмоционального стресса; исключение терапевтической и эндокринной патологии и явное несоответствие субъективных болевых ощущений суставного синдрома объективным данным; наличие тревожно-депрессивного синдрома, диагностированного психотерапевтом позволяют предполагать наличие церебральных вегетативных нарушений как возможной причины синдрома Рейно на фоне тревожно-депрессивного синдрома. Целесообразна консультация психотерапевта.

Диагноз при выписке: синдром Рейно общесоматического генеза. Данных за вибрационную болезнь от воздействий локальных вибраций нет.

Сопутствующее: шейный остеохондроз в аномальном позвоночнике, хроническое рецидивирующее непрогредиентное течение, рефлекторные синдромы.

Задача № 61 (стр. 141).

П-ев С.М., 1954 г.р. (52 л.), обследован в ЦПП 27.09 – 14.09.2007 г. История заболевания ...

? № 61,01. Результаты ХП надо оценить как:

- +А: отрицательные;
- В: положительные;
- С: неопределенные.

? № 61,02. Время восстановления T^0 после холодной пробы надо оценить как:

- +А: замедленное;
- В: нормальное.

? № 61,03. Если среднее значение порога чувствительности на частоты:

- 1 низкие;
- 2 средние;
- 3 высокие;
- 4 снижено;
- 5 нормально,

то у пациента нарушение вибрационной чувствительности соответствует:

- А: 1+4, 2+4, 3+4;
- В: 1+4, 2+4, 3+5;
- +С: 1+4, 2+5, 3+4;
- D: 1+4, 2+5, 3+5;
- Е: 1+5, 2+4, 3+4;
- F: 1+5, 2+4, 3+5;
- Н: 1+5, 2+5, 3+4;

-I: 1+5, 2+5, 3+5.

Пояснение: вибрационная чувствительность снижена значительно на низкие и умеренно – на высокие частоты.

? № 61,04. СРВ по сенсорным волокнам нервов предплечий:

-А: повышена;

-В: нормальна;

+С: снижена.

? № 61,05. Резидуальная латентность по терминалям срединных нервов:

+А: повышена;

-В: нормальна;

-С: снижена.

? № 61,06. СРВ по моторным волокнам срединного нерва:

-А: повышена;

-В: нормальна;

+С: снижена.

? № 61,07. Соотношение СРВ по моторным волокнам срединного нерва на проксимальном и дистальном участках:

-А: нормальное;

+В: нарушено в пользу большего поражения проксимального участка нерва;

-С: нарушено в пользу большего поражения дистального участка нерва.

Пояснение: скорость РВ в норме на проксимальных участках нерва выше, чем на дистальных.

? № 61,08. СРВ по моторным волокнам срединного нерва:

-А: повышена;

+В: нормальна;

-С: снижена.

? № 61,09. Ангиодистонический синдром:

-А: минимальной степени выраженности;

+В: формирующийся;

-С: полностью сформировавшийся.

Пояснение: для полностью сформировавшегося синдрома недостает ангиоспазмов при проведении ХП, пролонгированного симптома белого пятна, снижения температуры пальцев.

? № 61,10. Вегетосенсорный синдром:

-А: минимальной степени выраженности;

+В: формирующийся;

-С: полностью сформировавшийся.

Пояснение: для полностью сформировавшегося вегетосенсорного синдрома недостаёт нарушения скорости РВ по всем двигательным нервам; нарушения порога вибрационной чувствительности на средние частоты.

? № 61,11. Амплитуда движения в локтевых суставах при НФС I ст. составляет не более:

-А: 150^0 ;

-В: 135^0 ;

+С: 120^0 ;

-D: 110^0 .

? № 61,12. Если:

1 ангиодистонический синдром;

2 вегетосенсорный синдром;

3 миоостеодистрофический синдром,

то синдромы в последовательности уменьшения их выраженности располагаются:

-А: 1,2,3;

-В: 1,3,2;

-С: 2,1,3;

-D: 2,3,1;

-Е: 3,1,2;

+F: 3,2,1;

-H: вопрос не корректен: все синдромы выражены паритетно.

? № 61,13. Выявленная симптоматика указывает на:

-А: сформировавшуюся вибрационную болезнь;

-В: сформировавшееся заболевание верхних конечностей от функционального перенапряжения;

-С: сформировавшееся поражение периферической нервной системы;

+D: предположение о профессиональном (ых) заболевании(ях) не аргументировано.

? № 61,14. Заключение ВК по профпатологии: диссоциация между не полностью сформировавшимися для вибрационной болезни ангиодистоническим и вегетосенсорным синдромами и нарушением функции локтевых суставов исключают вибрационную болезнь. Первые два синдрома соответствуют отдельным признакам воздействия вибрации. Дебют эпикондилёзов через 1 год после начала работы с функциональными нагрузками на руки, превышающих ПДУ; развитие НФ локтевых суставов в период отсутствия воздействия функциональных нагрузок на руки; стигмы соединительно-тканной дисплазии (ПМК, хорда в полости левого желудочка, spina bifida) свидетельствуют в пользу общего генеза деформирующих артрозов локтевых суставов.

Диагноз: отдельные признаки воздействия вибрации. Сопутствующее: деформирующий остеоартроз локтевых суставов II ст. с НФС 0-I ст. Заболевание

общесоматическое. В своей профессии годен. Подлежит дальнейшему наблюдению ЦПП.

Задача № 62 (стр. 144).

О-ин Н.Н., 1946 г.р. (61 г.), обследован в ЦПП 05.03 – 20.03.2008 г. История заболевания ...

? № 62,01. Направление работника в ЦПП после получения СГХ, в которой было указано на отсутствие воздействия на него локальной вибрации с 1977 г., то есть в течение уже 28 лет:

-А: ошибочно;

+В: правомерно.

Пояснение: после подачи извещения о предварительном диагнозе профессионального заболевания и получения СГХ первичное звено обязано направить работника в ЦПП независимо от оценки условий труда в СГХ.

? № 62,02. У пациента имеется синдром:

+А: ангиодистонический;

-В: вегетосенсорной полинейропатии;

-С: миоостеодистрофический;

-D: все синдромы.

? № 62,03. Из синдромов, характерных для вибрационной болезни от воздействия локальных вибраций, у пациента полностью сформировался:

+А: ни один;

-В: все синдромы;

-С: только ангиодистонический;

-D: только вегетосенсорной полинейропатии;

-Е: только миоостеодистрофический.

? № 62,04. Подозрение в отношении вибрационной болезни, высказанное первичным звеном профслужбы:

+А: ошибочно;

-В: аргументировано.

Пояснение: основанием к подозрению на профессиональное заболевание являются признаки самого заболевания как такового, а не выписки или анамнестические указания. У пациента не было не только всех трёх необходимых для диагностики вибрационной болезни синдромов, но даже единственный ангиодистонический синдром не был полностью сформирован. Первичное звено имело возможности провести элементарные обследования, чтобы не высказать ошибочного предположения о подозрении на вибрационную болезнь.

? № 62,05. Заключение ВК по профпатологии: данных как за вибрационную болезнь, так и за остаточные явления вибрационной болезни не выявлено. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит. В своей профессии годен.

Диагноз: данных за вибрационную болезнь нет.

Задача № 63 (стр. 146).

Б-ий Н.И., 1956 г.р., (57 л.), обследован в ЦПП 09.04 – 24.04.2013 г. История заболевания ...

? № 63,01. Работник направлен в ЦПП из:

-А: группы риска;

+В: группы повышенного риска.

Пояснение: при наличии у работника признаков отклонений в состоянии здоровья он относится к группе повышенного риска.

? № 63,02. Работник направлен в ЦПП на:

-А: консультацию;

-В: экспертизу профпригодности;

+С: экспертизу связи заболевания с профессией.

Пояснение: поскольку СГХ рабочего места не составлялась, оценка профпатологической ситуации возможна в форме консультации.

? № 63,03. Диагноз направления в ЦПП должен быть сформулирован как:

-А: отдельные признаки воздействия вибрации;

+В: предварительный диагноз – вибрационная болезнь;

-С: группа риска по развитию вибрационной болезни;

-D: группа повышенного риска по развитию вибрационной болезни.

Пояснение: ответ "В" неверен, поскольку направление в ЦПП с предварительным диагнозом профессионального заболевания должно сопровождаться СГХ рабочего места. Ответы "С" и "D:" ошибочны, поскольку в них употребляется понятие "группа...", оценивающая не индивидуальное, а популяционное здоровье.

? № 63,04. ВК по профпатологии ЦПП без СГХ имела право вынести заключение:

-А: о наличии у работника профессионального заболевания;

+В: о наличии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+С: об отсутствии оснований к подозрению на профессиональное заболевание;

+D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов;

-Е: вопрос не корректен, поскольку без СГХ профпатологические ВК не имеют права выносить какие-либо заключения.

? № 63,05. Пороги вибрационной чувствительности:

-А: снижены;

+В: нормальные;

-С: повышены.

? № 63,06. Время восстановления T^0 после ХП:

-А: нормальное;

+В: пролонгированное (замедленное).

? № 63,07. Какие имеются клинически значимые синдромы:

- А: вегетосенсорной полинейропатии;
- В: миоостеодистрофический;
- С: синдром "плечо-кисть";
- +D: ангиодистонический.

? № 63,08. Имеющийся синдром:

- +А: выражен минимально;
- В: сформирован, но не полностью;
- С: полностью сформирован.

Пояснение: можно говорить о неполностью сформировавшемся ангиодистоническом синдроме (при холодной пробе нет побеления пальцев; время восстановления исходной T^0 замедлено только с одной стороны).

? № 63,09. По результатам динамического наблюдения, включая настоящее обследование, имеются основания говорить:

- А: о наличии у работника вибрационной болезни;
- +В: о наличии оснований к подозрению на вибрационную болезнь;
- +С: об отсутствии оснований к подозрению на вибрационную болезнь;
- +D: о наличии у работника отдельных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов.

? № 63,10. Заключение ВК по профпатологии: по результатам динамического наблюдения в ЦПП за 2009-2013 гг. данных для подозрения на вибрационную болезнь и другие профессиональные заболевания периферической нервной и костно-мышечной систем, а также опорно-двигательного аппарата нет. Диагноз: данных для подозрения на вибрационную болезнь и другие профессиональные заболевания периферической нервной и костно-мышечной систем, а также опорно-двигательного аппарата нет. В связи с прекращением работы во вредных условиях труда динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 64 (стр. 148).

Л-ов Н.В., 1942 г.р., (65 л.), обследован в ЦПП 21.01 – 06.02.2008 г. История болезни ...

? № 64,01. Направление пациента в ЦПП:

- А: преждевременно;
- В: своевременно;
- +С: запоздалое.

? № 64,02. В принципе направление работника на экспертизу связи заболевания с профессией после разобщения с вредным фактором:

- А: всегда запоздалое;
- +В: может быть своевременным.

Пояснение: клиническая манифестация ряда профессиональных заболеваний (пневмокониозы, онкологическая патология; марганцевая энцефалопатия и ряд других) может начинаться после разобщения с вредным фактором производства.

? № 64,03. Если ангиодистонический синдром:

1 имеется;

2 отсутствует

и если:

3 верхние конечности;

4 нижние конечности,

то у пациента ситуация характеризуется как:

+A: 1+3 и 1+4;

-B: 1+3 и 2+4;

-C: 2+3 и 2+4;

-D: 2+3 и 1+4.

? № 64,04. Если вегетосенсорный синдром:

1 имеется;

2 отсутствует

и если:

3 верхние конечности;

4 нижние конечности,

то у пациента ситуация характеризуется как:

+A: 1+3 и 1+4;

-B: 1+3 и 2+4;

-C: 2+3 и 2+4;

-D: 2+3 и 1+4.

? № 64,05. У пациента неврологические синдромы поясничного уровня:

-A: общесоматического генеза;

+B: профессионального генеза;

-C: оценка генеза этих синдромов в аспекте экспертизы на предмет вибрационной болезни не актуальна.

Пояснение: неврологические синдромы поясничного уровня являются признаками вибрационной болезни от воздействия общих и комбинированных вибраций.

? № 64,06. Для оценки генеза неврологических синдромов поясничного уровня у пациента имеет значение:

+A: прогрессивность их течения;

+B: ангиодистонический синдром на верхних конечностях;

-C: отсутствие у пациента неврологических синдромов шейного уровня;

+D: признаки вегетосенсорной полинейропатии на нижних конечностях;

+E: признаки вегетосенсорной полинейропатии на верхних конечностях;

+F: ангиодистонический синдром на нижних конечностях.

? № 64,07. Объяснение всех синдромов на верхних и нижних конечностях одной профпатологической нозологической формой у пациента:

-А: невозможно;

+В: возможно.

? № 64,08. Пациент дальнейшему наблюдению в ЦПП:

+А: подлежит;

-В: не подлежит.

? № 64,09. Заключение ВК по профпатологии: дебют рефлекторных синдромов поясничного уровня через 15 лет работы на большегрузных автомобилях в условиях воздействия общей вибрации класса 3.1, прогрессивное его течение с развитием после 26 лет работы в тех же условиях корешкового синдрома с присоединением вегетосенсорной полинейропатии верхних и нижних конечностей с периферическим ангиодистоническим синдромом через 33 года работы с общей и локальной вибрацией позволяют говорить о профессиональном генезе основного заболевания.

Диагноз: вибрационная болезнь от комбинированных вибраций I-II (первой-второй) ст.: пояснично-крестцовый корешковый синдром (остаточные явления радикулопатии корешка L₅ слева); синдром вегетосенсорной полинейропатии верхних и нижних конечностей; периферический ангиодистонический синдром. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Возобновление работы в условиях воздействия вибраций противопоказано. Направить на БМСЭ. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП.

Задача № 65 (стр. 150).

В-ов В.А., 1955 г.р. (51 г.), обследован в ЦПП 30.03 – 16.04.2007 г. История заболевания ...

? № 65,01. Если:

1 время восстановления T⁰ после ХП нормальное;

2 время восстановления T⁰ после ХП замедленное;

3 нарушения вибрационной чувствительности нет;

4 нарушение вибрационной чувствительности имеется,

то по этим характеристикам у пациента имеется:

-А: 1,3;

-В: 1,4;

-С: 2,3;

+D: 2,4.

? № 65,02. СРВ по сенсорным волокнами:

-А: нормальна;

+В: замедлена;

-С: повышена.

? № 65,03. Резидуальная латентность по срединным нервам:

-А: нормальна;

-В: снижена;
+С: повышена.

? № 65,04. Нормальный объём движение в лучезапястном суставе составляет:

-А: 180° ;
+В: 170° ;
-С: 160° ;
-D: 150° .

? № 65,05. Среди имеющихся синдромов наиболее полно представлен:

-А: ангиодистонический;
-В: вегетосенсорный;
+С: миоостеодистрофический;
-D: вопрос не корректен: синдромы представлены паритетно.

? № 65,06. Выявленная симптоматика указывает на преимущественно поражение:

-А: периферической нервной системы;
+В: костно-мышечного аппарата;
-С: имеется паритетное поражение периферической нервной системы и костно-мышечного аппарата.

? № 65,07. Имеющаяся у пациента патология соответствует:

-А: заболеванию и его последствию, связанному с воздействием производственных физических факторов;
+В: заболеванию, связанному с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением отдельных органов и систем.

Пояснение: у пациента нет ВБ, а тем более других заболеваний, значащихся в пункте II (Заболевания, их последствия, связанные с воздействием производственных физических факторов) приказа № 417н от 24 апреля 2012 г.

? № 65,08. Выявленная симптоматика в картину поражения костно-мышечной и/или периферической нервной системы профессионального генеза:

+А: укладывается;
-В: не укладывается;
-С: для окончательного заключения необходимо динамическое наблюдение в ЦПП.

? № 65,09. У пациента противопоказания к работе в своей профессии:

+А: имеются;
-В: отсутствуют.

Пояснение: у пациента имеется нарушение функции правого лучезапястного сустава III ст.

? № 65,10. Заключение ВК по профпатологии: данных за вибрационную болезнь от воздействия локальных вибраций нет. Дебют болезни де Кервена через 16 лет работы с нагрузками на руки, потребовавшей оперативного лечения в 2004 г., вы-

явление асептических некрозов ладьевидной и полулунной костей в правой кисти у правши через 24 года работы с нагрузками позволяют говорить о профессиональном генезе заболевания.

Основной диагноз: болезнь де Кервена правой кисти с асептическими некрозами ладьевидной и полулунной костей правого запястья; деформирующий остеоартроз правого лучезапястного сустава с НФС III ст. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях функционального перенапряжения верхних конечностей противопоказана. Подлежит динамическому наблюдению в ЦПП. Необходимо направление в БМСЭК.

Задача № 66 (стр. 153).

Х-ва Р.В., 1943 г.р. (64 л.). Больная консультирована в ЦПП в 2007 г. ...

? № 66,01. Пациентка представлена на ВК по профпатологии с целью:

-А: консультации;

-В: экспертизы профпригодности;

+С: постановки предварительного диагноза хронического гепатита профессионального генеза;

-Д: постановки заключительного диагноза (экспертизы связи заболевания с профессией) профессионального генеза хронического гепатита.

Пояснение: отсутствие СГХ рабочего места позволяло высказаться относительно наличия или отсутствия оснований к подозрению на профессиональный генез хронического гепатита.

? № 66,02. Правомерна ли экспертиза связи заболевания с профессией без СГХ:

+А: не правомерна;

-В: правомерна в случае абсолютной ясности профпатологической ситуации.

? № 66,03. Заключение ВК по профпатологии: представленный журнал аварийных ситуаций имеет единственную запись, не относящуюся к рассматриваемой ситуации, и не соответствует правилам его ведения и оформления: отсутствует дата расследования аварийной ситуации; нет доказательств расследования рассматриваемого случая на производстве о якобы имевшемся порезе пальца. Кроме того, аварийная ситуация в 2003 г. (порез пальца) не может приниматься во внимание как причина развития хронического гепатита, поскольку гипербилирубинемия имела уже в 2002 г. Отсутствие документированной регистрации аварийной ситуации до выявления австралийского антигена в 1990 г. исключает основания к подозрению на профессиональный генез хронического гепатита и цирроза печени.

Диагноз: цирроз печени вирусной природы (вирусный гепатит В), активная фаза, класса С по Чайлду-Пью. Заболевание общесоматическое. Оснований к подозрению на профессиональный генез хронического гепатита и цирроза печени нет.

Задача № 67 (стр. 154).

О-ва Г.В., 1956 г.р.(52 г.), находилась в ЦПП 30.03 – 20.04.2009 г. История заболевания ...

? № 67,01. В картине заболевания факт элиминации

+А: имеется;

-В: отсутствует.

? № 67,02. В картине заболевания эффект экспозиции

+А: имеется;

-В: отсутствует.

? № 67,03. Отсутствия в СГХ указания количественного содержания латекса в перчатках её дефектом:

-А: является;

+В: не является.

Пояснение: патогенное действие аллергенов не зависит от их количественного содержания (отсутствие эффекта пороговости).

? № 67,04. Всего лишь 5-летний стаж работы в контакте с латексом для возникновения контактного аллергического дерматита:

-А: недостаточен;

+В: достаточен.

? № 67,05. Направление на экспертизу связи дерматита с профессиональными вредностями через 25 лет от его возникновения:

-А: своевременное;

+В: запоздалое.

? № 67,06. У пациентки противопоказания к работе с аллергенами:

+А: имеются;

-В: отсутствуют.

? № 67,07. У работницы дерматит является заболеванием:

+А: профессиональным;

-В: общим.

? № 67,08. Заключение ВК по профпатологии: отсутствие аллергического анамнеза до начала работы; развитие контактного аллергического дерматита с признаками повышенной чувствительности к латексу через 5 лет работы с контактом с латексодержащими предметами; прогрессирование заболевания при продолжении работы в прежних условия труда; чётко выраженные явления элиминации и экспозиции в картине заболевания; положительные результаты аллергологических проб на антигены, использующиеся при изготовлении латекса, и отсутствие иных причин сенсibilизации указывают на профессиональный генез основного заболевания.

Диагноз: основное заболевание – профессиональная экзема кистей с распространенными экземидами. Заболевание профессиональное, установлено впервые. Работа в условиях контакта с предметами, содержащих латекс, противопоказана. Направить в БМСЭ.

Задача № 68 (стр. 155).

З-ая Н.А., 07.05.1956 г.р. (54 года). Обследована в ЦПП в 2010 г. История заболевания: ...

? № 68,01. Заключение дерматолога, консультировавшего пациентку при первом обследовании в ЦПП, является:

-А: правомерным;

+В: неправомерным.

Пояснение: постановка заключительного диагноза профессионального заболевания является прерогативой только профпатологической ВК.

? № 68,02. Полученная СГХ рабочего места обследуемой:

-А: ничего принципиально нового не содержала, так как подтвердила уже известный по АРМ факт воздействия на работницу химических веществ, превышающих ПДК;

+В: СГХ содержала принципиально новую информацию.

Пояснение: с 2006 г. пациентка уже не подвергалась воздействию химических веществ, что принципиально, так как токсическая меланодермия проходит после прекращения действия вредного фактора.

? № 68,03. В связи с тем, что с 2006 г. работница химическим воздействием в профессии ламповщицы не подвергалась, о чём администрация не могла не знать, проводившиеся ПМО за 2006-2010 гг. были:

-А: неоправданными;

+В: оправданными.

Пояснение: работница продолжала работать во вредных условиях труда по параметрам тяжести трудового процесса.

? № 68,04. С учётом данных СГХ меланодермия является заболеванием:

-А: профессиональным;

+В: общесоматическим.

? № 68,05. Заключение ВК по профпатологии: не только сохранность меланодермии в течение 5-летнего разобщения с воздействием едких щелочей, но и рецидив заболевания в виде появления нового пигментного пятна на коже правой молочной железы в последний год исключает профессиональный генез меланодермии. Диагноз: меланодермия, эритематозная форма. Заболевание общесоматическое. В своей профессии трудоспособна. Динамическому наблюдению в ЦПП не подлежит.

Задача № 69 (стр. 157).

Я-га Е. И., 1953 г.р., (54 г.), обследован в ЦПП 10.09 – 15.09.2008 г. История заболевания ...

? № 69,01. У работника заболевание глаз при направлении в ЦПП:

-А: имеется;

+В: не имеется.

? № 69,02. Пациент был направлен в ЦПП с целью:

-А: консультации;

-В: экспертизы профпригодности;

+С: экспертизы связи заболевания с профессией.

Пояснение: наличие СГХ говорит о том, что у пациента первичным звеном профслужбы было диагностировано подозрение на профессиональный генез имевшихся в прошлом катаракт. Поэтому целью направления могло быть только проведение экспертизы их связи с профессией.

? № 69,03. Направление в ЦПП:

-А: оправдано;

+В: ошибочно.

Пояснение: пациент был полностью реабилитирован в отношении нарушения зрения, то есть отсутствовало патологическое состояние, в отношении которого должна была проводиться экспертиза связи с профессией.

? № 69,04. Первичное звено профпатологии в настоящее время самостоятельно не высказывало предположения о профессиональном генезе имевшихся в прошлом катаракт по причине:

- А: недостаточной квалификации профпатолога первичного звена;

- В: рационального трудоустройства пациента в настоящее время;

+ С: полной реабилитации пациента в отношении нарушения зрения.

? № 69,05. Тактика первичного звена профпатологической службы при требовании работника (пенсионера) направить его в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией при отсутствии оснований для подозрения на профессиональное заболевание:

+А: отказать в направлении;

-В: направить в ЦПП.

Пояснение: в случае направления в ЦПП первичное звено профпатологии предварительно должно подать извещение о подозрении на наличие у работника (пенсионера) профессионального заболевания, которое оно не предполагает, то есть вступить в противоречие с самим собой.

? № 69,06. Тактика пациента при отказе первичного звена профслужбы в направлении в ЦПП на экспертизу связи заболевания с профессией:

-А: обратиться в областной центр профпатологии;

- В: обратиться в департамент здравоохранения города;
- +С: обратиться в суд;
- D: обратиться в Роспотребнадзор.

? № 69,07. Диагноз при направлении в ЦПП должен был быть сформулирован:

- А: группа повышенного риска по развитию профессиональных катаракт;
- В: группа риска по развитию профессиональных катаракт;
- С: данных за профессиональное заболевание глаз нет. Направлен по требованию работника для проведения обследования в ЦПП на предмет профессионального характера имевшихся в прошлом катаракт;
- + D: предварительный диагноз: профессиональные катаракты обоих глаз.

Пояснение: экспертиза связи заболевания с профессией должна проводиться в отношении диагноза направления, который должен совпадать с диагнозом, указанным в извещении о предварительном диагнозе профессионального заболевания. Ответы "А" и "В" содержат терминологию ("группа...") для оценки популяционного, а не индивидуального здоровья.

? № 69,08. Направление работника в ЦПП в 2006 г. на предмет профессионального генеза катаракт перед оперативным лечением было бы:

- +А: аргументированным;
- В: не аргументированным.

Пояснение: в перечне профессиональных заболеваний того времени (приказ № 90 от 14 марта 1996 г.) профессиональные катаракты от воздействия теплового излучения значились.

? № 69,09. Рациональное трудоустройство пациента в отношении исключения действия на него теплового излучения:

- А: оправдано;
- +В: не оправдано.

Пояснение: у работника имеются оптические линзы, не подверженные изменению от воздействия теплового излучения.

? № 69,10. Работник в настоящее время относится к:

- +А: группе риска;
- В: группе повышенного риска;
- С: группе подозрения на профессиональное заболевание

Пояснение: работа в настоящее время в условиях воздействия повышенной запыленности и производственного шума указывает на принадлежность работника к группе риска.

? № 69,11. Катаракты в прошлом были:

- А: профессионального генеза;
- +В: общего генеза.

? № 69,12. Заключение ВК по профпатологии: развитие катаракт в возрасте 49 лет (2003 г.) и их течение, не противоречащее возрастному генезу; преимуществен-

ная работа в условиях воздействия теплового излучения минимальной степени вредности (класс 3.1 ст.) и отсутствие случаев тепловых катаракт в данной профессиональной группе свидетельствуют в пользу общего генеза заболевания. Для направления пациента в ЦПП не было основания, так как он полностью реабилитирован по зрительной функции. При выписке основным диагнозом правильнее указать "состояние после полной реабилитации катаракт обоих глаз общего генеза", поскольку при формулировке основного диагноза как "Данных за профессиональное заболевание нет", заболевание глаз, имитировавших подозрение на профессиональное заболевание, в статистическую отчетность по основному заболеванию не попадёт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из ситуационных задач, предварительный диагноз профессионального заболевания (подозрение на ...) по медицинскому содержанию не отличается от заключительного его диагноза. Неполнота информации о вредных факторах по всему профмаршруту является объективной причиной ошибочного подозрения на профессиональное заболевание, которое, по нашему опыту, не должно превышать 10% случаев всех подозрений на профессиональные заболевания, но не составлять десятки процентов, которые фактически имеют место. В бóльшей части случаев диагностика заключительного диагноза профессионального заболевания оказалась возможной по данным обследований, выполненных до поступления в ЦПП, и которыми располагало первичное звено.

Примеры ошибочного подозрения на профессиональные заболевания нельзя считать проявлением излишней профпатологической настороженности. Данные литературы о многочисленности случаев поздней диагностики их и значительной доле профзаболеваний, диагностированных у пенсионеров и (или) по обращаемости, свидетельствуют об обратном. Коль скоро корни ошибочного или несвоевременного подозрения на профессиональное заболевание уходят в незрелость профпатологического клинического мышления, то можно предполагать, что количество реально существующих, но не выявленных профессиональных заболеваний, должно быть соизмеримо с численностью ошибочно заподозренных случаев их.

При формулировке экспертного заключения в отношении наличия или отсутствия профессионального заболевания следует отказываться от широко распространенной стандартной формы обоснования диагноза типа: "... учитывая данные анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенных лабораторно-инструментальных обследований, у больного диагностируется ..." или другими словами "... учитывая вышеизложенное, у больного диагностируется нижеизложенное". Бессодержательность такого "обоснования" очевидна, поскольку оно не представляет никакой аргументации диагностической концепции. В профпатологии такая формулировка одно время даже приветствовалась с целью, якобы, сокрытия от работников причин, повлиявших на характер принятого решения, как будто знание пациентами этих обстоятельств могло повлиять на характер этих решений и дальнейшую их судьбу.

Практика членораздельной аргументации наличия или отсутствия подозрений на профессиональное заболевание или его самого, "прозрачность" аргументов экспертного решения уменьшает негативные реакции на него как со стороны работников в случае отказа им в признании заболевания профессиональным, так и со стороны работодателей или других структур в случаях признания у работников профессионального заболевания. Но основная её польза заключается в тренировке клинического мышления, в привлечении внимания к необходимости не только сбора фактов, но и совершенствования навыков их анализа и построения аргументации.

Аргументация профессионального заболевания, как и вообще любого заболевания, строится на нескольких патогномоничных фактах, каждый из которых имеет, по сравнению с другими, равновеликое, равновесное значение. Поэтому

очередность представления этих фактов в формулировке заключения не имеет принципиального значения, но, логичнее всего, должна отражать хронологическую последовательность их появления в истории развития заболевания у работника.

Требование обязательного первоначального упоминания вредных условий труда – не более чем дань ошибочным представлениям об их примате над остальными звеньями патологического процесса, а потому неправомерно. К тому же современная отечественная гигиена труда как отрасль медицины далеко не безупречна: "... В качестве реальной дисциплины гигиена труда, как кажется, не слишком хорошо развита в России. В настоящее время заметно отсутствие России в списке действующих лиц на международной сцене, занятой гигиеной труда. Мы искренне надеемся, что гигиена труда в современном понимании появится однажды в России как значимый и различимый участник в области охраны профессионального здоровья." [3].

Кроме того, у работника ряд патогенетически значимых факторов может предшествовать началу работы, например, наследственная предрасположенность, аномалии развития, ранее перенесенные заболевания.

Поскольку клинические проявления заболевания имеют паритетную с санитарно-гигиеническими условиями труда силу доказательств, а профпатологическое заключение формируется врачами-клиницистами, при формулировке его аргументации мы первоначально отдаём предпочтение клиническим аргументам, равно как гигиенист на первое место будет выносить санитарно-гигиенические условия труда, врач-рентгенолог – данные лучевой диагностики, а врач-лаборант – результаты лабораторных исследований ...

Формулировки профпатологических заключений могут быть примерами тех кратких эпикризов, которые должны сопровождать предварительный диагноз профессионального заболевания, и составление которых займет не больше времени, чем механическое переписывание данных из медицинской документации.

КРИТЕРИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СУСТАВОВ (В ГРАДУСАХ) [8]

СУСТАВ		НОРМА		I СТ. НФС		II СТ. НФС		III СТ. НФС	
		ОТВЕДЕНИЕ	ПРИВЕДЕНИЕ	ОТВЕДЕНИЕ	ПРИВЕДЕНИЕ	ОТВЕДЕНИЕ	ПРИВЕДЕНИЕ	ОТВЕДЕНИЕ	ПРИВЕДЕНИЕ
ПЛЕЧЕВОЙ	ДВИЖЕНИЕ								
	ГРАНИЦА И АМПЛИТУДА	180		150		120		90	
	ДВИЖЕНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ
	ГРАНИЦА	180	40	150	30	120	20	90	10
	АМПЛИТУДА	220		180		140		100	
	ЛОКТЕВОЙ	ДВИЖЕНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ
	ГРАНИЦА	30	180	50	160	70	140	90	129
	АМПЛИТУДА	150		120		105		90	
ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ	ДВИЖЕНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ	СГИБАНИЕ	РАЗГИБАНИЕ
	ГРАНИЦА	90	80	70	60	50	40	30	20
	АМПЛИТУДА	170		140		100		60	
	ДВИЖЕНИЕ	ОТВЕД. (ЛОКТЕВОЕ)	ПРИВЕД. (ЛУЧЕВОЕ)	ОТВЕД. (ЛОКТЕВОЕ)	ПРИВЕД. (ЛУЧЕВОЕ)	ОТВЕД. (ЛОКТЕВОЕ)	ПРИВЕД. (ЛУЧЕВОЕ)	ОТВЕД. (ЛОКТЕВОЕ)	ПРИВЕД. (ЛУЧЕВОЕ)
	ГРАНИЦА	40	20	30	15	20	10	10	5
	АМПЛИТУДА	60		50		35		20	

ПЕРИОДЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ПЕРИОД	ПРОЯВЛЕНИЕ
I	ВНУТРИДИСКОВОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПУЛЬПОЗНОГО ВЕЩЕСТВА
II	НЕСТАБИЛЬНОСТЬ В ПОЗВОНОЧНОМ ДВИГАТЕЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ (ПДС)
III	ГРЫЖА(И) ДИСКА(ОВ)
IV	ПОРАЖЕНИЕ НЕДИСКОВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

Таблица 1. Границы нормы и градации отклонений основных показателей от должных величин состояния бронхиальной проходимости в % [по Р.Ф. Клемент (1988) с модификацией В.Г. Бокша (1990)]

ПОКАЗАТЕЛЬ	НОРМА	НАРУШЕНИЯ		
		УМЕРЕННЫЕ	ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ	РЕЗКИЕ
ОФВ ¹	≤79	78-63	62-46	<46
ОФВ ¹ / ЖЕЛ	≤85	84-65	65-52	<52
МОС ₂₅	≤68	67-42	42-25	<25
МОС ₇₅	≤55	<55	<55	<55
ЖЕЛ	≤80	79-61	60-43	<43

НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ПРЕДМЕТ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ	ЗНАЧЕНИЕ
Симптом белого пятна – побеление подушечки пальца кисти после надавливания	Время восстановления исходной окраски происходит в течение 3 сек.
Термометрия дистальных фаланг кистей	27-31 ⁰ С
Термометрия дистальных фаланг стоп	24-26 ⁰ С
Холодовая проба – погружение кистей в воду с T ⁰ 8-10 ⁰ С на 5 минут	Побеления фаланг не должно наступать Побеление одной фаланги оценивается в 1 балл, а холодовая проба оценивается как положительная
Время восстановления исходной температуры дистальной фаланги III пальца кисти после холодной пробы	В течение 20 минут после прекращения пробы
Средние значения порогов нормальной вибрационной чувствительности на частотах в 63, 125 и 500 дБ	≤6-8 – 8-10 – 10 -12 дБ соответственно [2]

**Классификация тяжести ограничения воздушного потока
(обструкции) при ХОБЛ
(по постбронходилатационному ОФВ₁, GOLD 2011)**

У пациентов с ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,70	
I легкая	ОФВ ₁ ≥ 80% от должных значений
II средняя	50% ≤ ОФВ ₁ < 80% от должных значений
III тяжелая	30% ≤ ОФВ ₁ < 50% от должных значений
IV крайне тяжелая	ОФВ ₁ < 30% от должных значений

**ЗНАЧЕНИЯ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫХ УРОВНЕЙ (ПДУ) ИЛИ
КОНЦЕНТРАЦИЙ (ПДК) НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ
ВРЕДНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА [30]**

НАЗВАНИЕ ВРЕДНОГО ФАКТОРА	ЗНАЧЕНИЕ ПДУ (ПДК)
ВЫСОКО- И УМЕРЕННО ФИБРОГЕННЫЕ ПЫЛИ (СОДЕРЖАНИЕ SiO₂ ≥ 10,0%)	≤ 2 мг/м ³
СЛАБОФИБРОГЕННЫЕ ПЫЛИ (СОДЕРЖАНИЕ SiO₂ < 10,0%)	> 2 мг/м ³
ШУМ, ЭКВИВАЛЕНТНЫЙ УРОВЕНЬ ЗВУКА, ДБА	80 дБ
ВИБРАЦИЯ ЛОКАЛЬНАЯ, ЭКВИВАЛЕНТНЫЙ КОРРЕКТИРОВАННЫЙ УРОВЕНЬ (ЗНАЧЕНИЕ) ВИБРОСКОРОСТИ	112 дБ
ВИБРАЦИЯ ОБЩАЯ, ЭКВИВАЛЕНТНЫЙ КОРРЕКТИРОВАННЫЙ УРОВЕНЬ ВИБРОСКОРОСТИ	107 дБ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Базарова Е.Л., Ошеров И.С., Тартаковская Л.Я., Рослый О.Ф. Оценка профессионального риска нарушения здоровья у женщин-контролёров кузнечно-прессовых работ // *Профессия и здоровье: материалы VIII Всероссийского конгресса*. – М., 2009. – С. 41-42.
2. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации у горнорабочих в условиях Сибири и Севера / О.А. Лахман, В.Г. Колесников, В.А. Панков и др.: под ред. И.С. Рукавишников. – Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008. – 208 с.
3. Винсент Д, Томассен И., Нибор Э. Гигиенические стандарты и роль специалистов по медицине труда: взгляд со стороны на российский опыт // *Мед. труда и пром. экология*. – 1999. – № 2. – С. 31-37.
4. Государственный доклад "О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2004 году". – Москва, 2005.
5. Денисов Э.И. Методические особенности оценки риска в медицине труда // *Медицина труда. Введение в специальность*. – М.: Медицина, 2002. – С. 127-151.
6. Денисов Э.И., Чесалин П.В. Профессионально обусловленные заболевания. Методика распознавания // *Производственно обусловленные нарушения здоровья работников в современных условиях: материалы Всероссийской научно-практической конференции*. – Шахты, 2010. – С. 47-50.
7. Зислин Д.М. Методология диагноза начальных стадий профессиональных хронических заболеваний // *Гигиена труда*. – 1986. – № 6. – С. 38-41.
8. Любченко П.Н. Особенности клинических проявлений профессионально обусловленной и экологозависимой патологии // *Профессиональный риск для здоровья работников*. – М.: Тровант, 2003. – С. 179-187.
9. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика (руководство-справочник). – Минск: Изд-во "Наука и техника", 1978. – 512 с.
10. Монаенкова А. М. Методические подходы к выявлению и оценке ранних признаков неблагоприятного влияния профессиональных факторов на здоровье // *Гигиена труда*. – 1988. – № 10. – С. 1-5.
11. Монаенкова А.М., Попова Т.Б., Зерцалова В.И., Николаева Л.Н. Роль периодических медицинских осмотров в системе диспансеризации всего населения // *Гигиена труда*. – 1986. – № 1. – С. 3-7.
12. Непомнящих Г.И. Биопсия бронхов: морфогенез общепатологических процессов в лёгких. – Москва: Изд. РАМН, 2005. – 384 с.
13. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2011 году. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. – Москва, 2012. – 48 с.
14. Попова Т.Б., Зерцалова В.И. Периодические медицинские осмотры рабочих в условиях ежегодной диспансеризации населения // *Гигиена труда*. – 1990. – № 1. – С. 7-11.
15. Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 № 967 "Положение о расследовании и учёте профессиональных заболеваний". – Москва, 2000. – 8 с.
16. Потеряева Е.Л., Исайченко Л.Н., Слесарева Н.В. и др. Оптимизация системы медицинского обслуживания работников производств с вредными условиями труда // *Профессия и здоровье: материалы VIII Всероссийского конгресса*. – М., 2009. – С. 403-405.
17. Приказ № 1303 от 30.09.1986 г. "О совершенствовании системы регистрации, расследования, учета и анализа профессиональных заболеваний в СССР". – Москва, 1986. – 30 с.
18. Приказ № 176 от 28.05.2001 г. "О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации". – Москва, 2001. – 26 с.
19. Приказ № 233н от 23.03.2011 "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях". – Москва, 2011. – 17 с.

20. Приказ № 302н от 12 апреля 2011 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при проведении которых проводятся предварительные и ПМО (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". – Москва, 2011. – 114 с.
21. Приказ № 555 от 29 сентября 1989 г. "О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств". – Москва, 1984. – 234 с.
22. Приказ № 700 от 19 июня 1984 г. "О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся, подвергающихся воздействию вредных и неблагоприятных условий труда". – Москва, 1984. – 84 с.
23. Приказ № 83 от 16 августа 2004 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при проведении которых проводятся предварительные и ПМО (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)". – Москва, 2004. – 12 с.
24. Приказ № 90 от 14 марта 1996 г. "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии". – Москва, 1996. – 122 с.
25. Приказ Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 "Об утверждении перечня профессиональных заболеваний". – Москва, 2012. 102 с.
26. Профессиональные заболевания. Руководство для врачей. Т.2. / Под ред. акад. РАМН, проф. Н.Ф. Измерова. – М.: Медицина, 1996. – 480 с.
27. Профессиональный риск для здоровья работников. (Руководство) / Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. – М.: Тривант, 2003. – 448 с.
28. Раннее выявление признаков нарушения здоровья, вызванного профессиональными вредностями. – Женева, 1977.
29. Рослая Н.А. Включение холинолитиков длительного воздействия в реабилитационные программы рабочих групп риска развития профессиональных заболеваний органов дыхания // Профессия и здоровье: материалы VIII Всероссийского конгресса. – М., 2009. – С. 421-422.
30. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006-05. – Москва, 2005.
31. Руководство по профессиональным заболеваниям. Т.1 / Под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: М. – 1983. – 320 с.
32. Руководство по профессиональным заболеваниям. Т.2 / Под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: М. – 1983. – 384 с.
33. Серов В.В. От целлюлярной патологии Вирхова до молекулярной патологии сегодняшнего дня // Арх. патол. – 2001. – № 1. – С. 3-6.
34. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / Под ред. Д.С. Саркисова. – М.: Медицина, 1987. – 448 с.
35. Федеральный закон № 125 (ФЗ-125) от 24.07.1998 г. "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний". – Москва, 1998.
36. Широков В.А., Бахтерева Е.В. К вопросам создания единого лечебно-диагностического алгоритма профессиональных заболеваний периферической нервной системы // Профессия и здоровье: материалы VII Всероссийского конгресса. – М.: ООО "Графикон", 2008. – С. 340-343.

Разумов Владимир Валентинович
Зинченко Валерий Анатольевич
Гуревич Елена Борисовна

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В
ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ ПРОФПАТОЛОГА**

Учебное пособие

Редактор *Разумов В.В.*

Подписано в печать 09.10.2013 г. Печать офсетная
Объем 16,13 усл. печ. л. Формат 60×84 1/16
Тираж 150 экз. Заказ № 5122

Отпечатано в ООО "Полиграфист"
654005 г. Новокузнецк, ул. Орджоникидзе, 11