

**клинические задачи для государственной  
(итоговой) аттестации  
*по специальности 060101 «Лечебное дело»***

**ТЕРАПИЯ**



## СОДЕРЖАНИЕ

ТРЕБОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ТЕРАПИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 060101 "ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО" .....	3
ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ .....	4
Пульмонология .....	4
Кардиология .....	16
Гастроэнтерология .....	26
Нефрология .....	38
Гематология .....	44
Эндокринология .....	48
Заболевания соединительной ткани .....	54
Аллергология .....	55
ЗАДАЧИ ПО ОКАЗАНИЮ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ .....	56
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....	84
ИНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ .....	84

### **ТРЕБОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ТЕРАПИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 060101 "ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО"**

Фельдшер должен:

- знать систему организации терапевтической службы;
- знать причины, механизмы развития, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний внутренних органов;
- уметь поставить диагноз в соответствии с современной классификацией;
- уметь определить тактику ведения пациента;
- уметь назначить и провести лечение в пределах профессиональной компетенции;
- уметь организовать уход за пациентом;
- уметь осуществить диспансерное наблюдение и реабилитацию пациента;
- уметь оформить медицинскую документацию;
- уметь оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях в терапии;
- уметь организовать и осуществить транспортирование пациента в лечебно-профилактическое учреждение.

## **ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Пульмонология**

#### **Задача 1**

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5<sup>0</sup>С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику паровых ингаляций с эфирными маслами в домашних условиях.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый бронхит.

#### ***Обоснование:***

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель);
- острое начало заболевания;
- связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

- при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

#### ***Принципы лечения:***

Постельный режим, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).

Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен).

Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

#### ***Профилактика:***

- закаливание организма
- предупреждение острых респираторных инфекций
- своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей
- эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов)
- санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности)
- борьба с курением и алкоголизмом

5. Техника паровых ингаляций с эфирными маслами - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 2**

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,5<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Промонстрируйте технику постановки горчичников.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический бронхит в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, симптомы поражения бронхов (кашель с выделением слизисто-гноной мокроты, одышка);
- продолжительность заболевания (5 лет);
- связь обострения с переохлаждением;
- длительное выделение мокроты в стадии обострения;
- наличие вредных привычек: курение.

2) объективные данные: субфебрильная температура .

- при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое (выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам), рентгенологическое исследование легких: возможно усиление легочного рисунка.

3. Эмфизема легких, пневмосклероз, бронхопневмония, бронхоэктазы, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, гентамицин и др.

Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин .

Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).

Дыхательная гимнастика.

Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.

Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.

Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

Прогноз для жизни благоприятный, но неблагоприятный для полного и стойкого выздоровления.

*Профилактика:*

первичная:

- закаливание;
- рациональное питание;
- отказ от курения;
- своевременное лечение острого бронхита;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим бронхитом;
- рациональное трудоустройство, исключая действие неблагоприятных производственных факторов (пыль, токсические вещества);
- санация очагов хронической инфекции;
- своевременное лечение инфекционных поражений дыхательных путей;
- санаторно-курортное лечение.

5. Техника постановки горчичников - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 3**

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены,

отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинением выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
- связь возникновения приступов с периодом цветения;
- связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
- наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);
- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

- при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;
- при перкуссии легких - коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
- при аускультации - сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность.

4. Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета гипоаллергенная.

Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек.

Комбинированные препараты: беродуал

Стабилизаторы мембран тучных клеток: интал, тайлед

Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет.

Дыхательная гимнастика.

Массаж.

Психотерапия.

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный в случае проведения противорецидивного лечения.

*Профилактика обострений:*

- устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно проводить влажную уборку комнат, убрать ковры;
- проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует откорректировать лечение;
- диспансерное наблюдение, обучение пациента в астма-школах;
- проведение специфической гипосенсибилизации.

5. Техника использования карманного ингалятора - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 4**

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4<sup>0</sup>С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования .
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Крупозная пневмония.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;
- острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

- при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
- при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
- при пальпации - усиление голосового дрожания;
- при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала.

Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная.

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с цветками липы.

Антибактериальная терапия: антибиотики (пенициллин, полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, ампиокс, амоксициллин, комбинированные препараты - амоксиклав, аугментин, цефалоспорины - кефзол) или сульфаниламиды (сульфадиметоксин, бисептол) .

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Оксигенотерапия.

Отхаркивающие средства: термопсис, алтей.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Обработка полости рта 2% р-ром гидрокарбоната Na или слабым раствором перманганата калия.

Обработка герпетических высыпаний цинковой мазью.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

*Профилактика:*

- закаливание организма;
- рациональная физическая культура;
- устранение фактора переохлаждения;
- соблюдение гигиены труда.

5. Техника оксигенотерапии - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 5**

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4<sup>0</sup>С.

Объективно: температура - 38,6<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Правосторонняя очаговая пневмония.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации;
- одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой;
- постепенное начало (после ОРЗ);

2) объективные данные:

- при перкуссии - локальное притупление перкуторного звука;
- при аускультации - дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговое затемнение в легких.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Постельный режим.

Диета № 15, обогащенная витаминами .

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом .

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры.

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Отхаркивающие средства: микстура с теропсисом, алтеем, бромгексин.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Оксигенотерапия.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

*Профилактика:*

- закаливание организма;
- рациональная физическая культура;
- устранение фактора переохлаждения;
- соблюдение гигиены труда.

5. Техника оксигенотерапии - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 6**

Большой Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам;
- длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка субфебрильная, ЧДД - 22 в мин. Бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей;



- при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких;
  - при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе - повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. Бронхография: различные формы бронхоэктазов.
3. Эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, кровохарканье, легочное кровотечение, пневмония, абсцесс легкого.
4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы).

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.

Отхаркивающие препараты: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин .

Обильное щелочное питье: минеральные воды.

Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

Массаж грудной клетки.

Дыхательная гимнастика.

Лаваж (промывание) бронхов .

Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.

*Профилактика:*

первичная:

- диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение;
- исключение влияния на организм вредных факторов производства;
- борьба с курением;
- закаливание;
- своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш)

вторичная:

- своевременное решение вопроса о возможном оперативном лечении врожденных бронхоэктазов;
- рациональное трудоустройство больных с бронхоэктатической болезнью;
- своевременный перевод на инвалидность при присоединении осложнений и стойкой утрате трудоспособности.

5. Техника в/в инъекций - согласно алгоритму действия.

**Задача 7**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура 38,5<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования .
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в капельных вливаний.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Абсцесс правого легкого.

*Обоснование:*

- 1) данные анамнеза:
- синдром интоксикации, одышка, влажный кашель;
- внезапное появление большого количества гнойной мокроты;

2)объективные данные:

- высокая температура;
- при осмотре: гиперемия лица;
- при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука;
- при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх - округлое затенение, после прорыва - округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.
3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.
4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный .

Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (полусинтетические пенициллины, гентамицин) .

Пути введения: в/м, в/в, эндобронхиально.

Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители.

Постуральный дренаж.

Лечебная бронхоскопия.

Прогноз благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

- ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение пневмоний, септических состояний;
- своевременное извлечение инородных тел, попавших в дыхательные пути;
- профилактика аспирации рвотных масс при возникновении рвоты у пациентов, находящихся в бессознательном состоянии;
- борьба с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем), ведущими к снижению реактивности организма;
- разъяснение принципов рационального питания, которое способствует повышению реактивности организма и укреплению защитных сил.

5. Техника в/в капельных вливаний согласно алгоритму действия.

### **Задача 8**

Больной К., 28 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на повышение температуры по вечерам до 37,3<sup>0</sup>С, ночные поты, упорный сухой кашель, общую слабость, плохой аппетит. Болен в течение 2-х месяцев.

Объективно: температура - 37<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. При перкуссии грудной клетки справа в области 2-3 межреберья определяется притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание в этой области с бронхиальным оттенком, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 94 в мин. АД 115/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/к инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Туберкулез легких.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, субфебрильная температура тела по вечерам, ночная потливость, сухой кашель;
- постепенное начало заболевания;

2) объективные данные:

- при перкуссии: в верхнем отделе правого легкого участок притупления;
- при аускультации: дыхание над этим участком с бронхиальным оттенком, сухие хрипы.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов, рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (изменения, соответствующие определенной форме туберкулеза). Градуированная в/к проба Манту.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, экссудативный плеврит, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, спонтанный пневмоторакс, бронхиальные и торакальные свищи, амилоидоз, почечная недостаточность, распространение инфекции на другие органы и системы.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, требуется обязательная госпитализация в противотуберкулезный диспансер и стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета № 11, питание разнообразное, высококалорийное.

Туберкулостатики: рифампицин, изониазид, этионамид, этамбутол.

Оксигенотерапия.

Витамины.

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз благоприятный в случае адекватного и своевременного лечения, при отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

1) социальная: общегосударственные мероприятия, направленные на повышение жизненного уровня трудящихся, улучшение условий труда и быта, исключение локальных вооруженных конфликтов, и, как следствие, миграции населения;

2) санитарная:

- оздоровление очагов туберкулезной инфекции;
- санитарный и ветеринарный надзор;
- санитарно-просветительная работа;
- раннее выявление и эффективное лечение больных туберкулезом;
- предупреждение распространения микобактерий туберкулеза (выполнение требований сан.-дез.режима).

3) специфическая: вакцинация, ревакцинация и химиопрофилактика;

- вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни;
- первая ревакцинация проводится (при отрицательной реакции Манту) детям 7 лет, а последующие (при том же условии) - через 5-7 лет;
- химиопрофилактика проводится детям и подросткам, имеющим контакт с больным туберкулезом, и для предупреждения рецидива излеченным пациентам. С этой целью применяют изониазид по 0,3г 2 раза в день в течение 3 мес. 2 раза в год (1 - 3 года).

5. Техника в/к инъекций - согласно алгоритму действия.

### **Задача 9**

Больной Р., 46 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,9<sup>0</sup>С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Рак легкого.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты;
- постепенное начало заболевания;
- вредные привычки (курение);

2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи ;
- при пальпации: увеличение лимфатических узлов;
- при перкуссии: локальное притупление звука;
- при аускультации: дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, может быть анемия. Микроскопическое исследование мокроты на атипичные клетки, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (определение тени опухоли), томография, бронхоскопия с прицельной биопсией и последующим цитологическим исследованием, бронхография: невозможность поступления контрастного вещества из-за закупорки бронха опухолью.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, ателектаз, плеврит, метастазирование в другие органы.

4. Пациента следует направить в онкологический диспансер для решения вопроса о подготовке и проведении оперативного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета № 15.

Оперативное лечение проводится в том случае, если опухоль не распространена на другие доли легкого, нет метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Химиотерапия проводится после проведенной операции.

Антибактериальная терапия при наличии сопутствующих воспалительных явлений.

Противокашлевые препараты (наркотического действия).

При невозможности проведения оперативного лечения проводится лучевая терапия или химиотерапия.

Наркотические анальгетики.

Сердечно-сосудистые средства.  
Оксигенотерапия.

Прогноз зависит от стадии заболевания. При ранней диагностике, проведении комплекса лечебных мероприятий прогноз для жизни благоприятный. При поздней диагностике заболевания прогноз для жизни неблагоприятный.

*Профилактика:*

- борьба с курением;
- соблюдение техники безопасности на производстве: устранение воздействия пыли (использование респираторов), ядовитых газов и профессиональных вредностей;
- использование новых видов топлива (применение газовых двигателей в автомобилях);
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями органов дыхания;
- диспансерное наблюдение за пациентами, которым проведено оперативное лечение по поводу онкологического заболевания.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия .

### **Задача 10**

Больной И., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки. Больному легче лежать на правом боку.

Объективно: температура 37,8<sup>0</sup>С. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Сухой плеврит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации;
- боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком вдохе;
- уменьшение боли в положении лежа на больной стороне .

2) объективные данные:

- при осмотре: вынужденное положение пациента на больной стороне, отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании;
- при аускультации: дыхание ослабленное с пораженной стороны, шум трения плевры.

2.Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: помогает в выявлении основного заболевания

3. Экссудативный плеврит.

4. Пациенту требуется лечение основного заболевания после уточнения этиологии заболевания.

*Принципы лечения:*

Терапия основного заболевания: при пневмонии - антибактериальные препараты, при туберкулезе - туберкулостатики, при раке легкого - цитостатики, при заболеваниях соединительной ткани - противовоспалительные препараты.

Симптоматическое лечение: противовоспалительные препараты, противокашлевые препараты, банки, горчичники, согревающий компресс на грудную клетку, смазывание грудной клетки раствором йода.

Прогноз благоприятный при эффективном лечении основного заболевания.

*Профилактика:* своевременное лечение заболеваний, ведущих к развитию плеврита.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

### **Задача 11**

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю.

Объективно: температура 37,8<sup>0</sup>С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Экссудативный плеврит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;
- постепенное начало заболевания;
- вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

- при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя
- при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;
- при пальпации: ослабление голосового дрожания;
- при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затенение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

4. Пациента следует госпитализировать, провести адекватное лечение после уточнения этиологии заболевания.

*Принципы лечения:*

Постельный режим (высокое изголовье).

Диета высококалорийная, с достаточным содержанием витаминов и белков .

Плевральная пункция:

диагностическая - для уточнения этиологии заболевания .

лечебная - для эвакуации жидкости и облегчения дыхания и сердечной деятельности.

Лечение основного заболевания: при пневмонии - антибактериальные препараты,

при туберкулезе - туберкулостатики, при раке легкого - цитостатики, при заболеваниях соединительной ткани - противовоспалительные препараты .

В период рассасывания экссудата, во избежание образования спаек - дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки.

Анальгетики.

Переливание белковых препаратов, плазмы.

Прогноз благоприятный при проведении этиотропного лечения.

*Профилактика:*

- повышение защитных сил организма (закаливание, занятия физическими упражнениями);
- рациональное питание;
- предупреждение заболеваний, которые могут осложниться плевритом;
- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, которые могут привести к развитию плеврита;
- профилактика травматизма (травм грудной клетки);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими плеврит.

5. Техника п/к инъекции - согласно алгоритму действия.

#### **Задача № 12**

Вы фельдшер ФАПа. Вызваны на дом к мужчине 42 лет, который жалуется на подъем температуры до 38,5°, кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, умеренную одышку в покое.

Заболел неделю назад, когда после переохлаждения появились симптомы ОРВИ. Наблюдался постепенный подъем температуры от 37,2° до 38,5°; кашель – лающий, сухой - постепенно становился влажным, вначале с отделением слизистой, а затем слизисто-гноющей мокроты. Со вчерашнего дня ощущает небольшую одышку.

Объективно: кожные покровы слегка гиперемированы. PS - 84 удара в минуту, обычных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. температура 38,5°, число дыхательных движений – 24 в минуту. В легких справа в области угла лопатки перкуторный звук притуплен, здесь же дыхание несколько жестковатое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.
5. Приготовьте все необходимое для сбора мокроты на общий анализ, чувствительность к антибиотикам, объясните методику проведения данных манипуляций.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: острая очаговая бронхопневмония – поставлен на основании:

- данных анамнеза: постепенное начало с явлений ОРВИ, симптомов трахеобронхита (лающий кашель);
- жалоб: лихорадка не выше 38,5°, кашель со слизисто-гнойным отделяемым, умеренная одышка;
- данных объективного обследования: ЧД-24 в минуту, выслушивание в легких на фоне жесткого дыхания мелкопузырчатых влажных хрипов, притупление перкуторного звука.

Основной клинический синдром – синдром очагового уплотнения легких, выявлен по данным субъективного и объективного обследования.

2. Дополнительные обследования:

- рентгенологическое исследование грудной клетки – небольшой очаг затемнения в легком;
- общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ;
- общий анализ мокроты: слизисто-гнойный характер мокроты, наличие лейкоцитов.

3. Действия фельдшера.

Обязательное лечение в условиях стационара. Транспортировка специальным транспортом в ЦРБ (участковую больницу) в присутствии фельдшера после введения литической смеси (анальгин 50% - 2мл, димедрол 1% - 1мл).

4. Принципы лечения.

- высококалорийная легкоусвояемая витаминизированная диета;
- антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- дезинтоксикационная терапия;
- симптоматическая терапия.

5. Сбор мокроты на общий анализ:

- готовят сухую, чистую, с широким горлом, банку с крышкой;
- собирают свежeweделенную мокроту, лучше утром, до еды, причем после туалета полости рта;
- на этикетке указать Ф.И.О. больного, отделение, номер палаты, цель исследования (мокрота на общий анализ), дату, подпись фельдшера;
- мокроту отправляют в клиническую лабораторию.

На чувствительность к антибиотикам:

- готовят стерильную посуду (банку или чашку Петри) с крышкой;
- объясняют пациенту, чтобы он не касался краев посуды руками, ртом, во время сбора мокроты;
- после откашливания мокроты, посуду тотчас же закрывают крышкой;
- мокроту отправляют в бак. лабораторию с указанием на этикетке цели исследования.

### **Задача № 13**

Вы на работе на ФАПе. Вызваны на дом к женщине 46 лет. Ее беспокоит подъем температуры до 39,6°, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле, одышка в покое. Заболела три дня назад. После сильного переохлаждения отмечала потрясающий озноб, повышение температуры до 39°-40°, одышку, со вчерашнего дня стала ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит с возвышенным головным концом. Отмечается гиперемия правой щеки, герпес на губах, цианоз носогубного треугольника. T=39°, PS=98 в минуту, слабый. АД 90/60 мм рт. ст. Число дыханий 38 в минуту. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки – значительное притупление; при аускультации здесь же дыхание бронхиальное, выслушиваются крепитация и шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Стул, диурез – в норме.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите ваши действия в отношении данной больной.
5. Подайте плевательницу больной, расскажите о способах дезинфекции плевательниц.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: острая правосторонняя долевая (крупозная) пневмония – поставлен на основании:
  - жалоб: высокая лихорадка, одышка, кашель с отделением ржавой мокроты, боль справа в грудной клетке на вдохе, усиливающаяся при кашле;
  - данных анамнеза - острое внезапное начало в виде озноба, после значительного переохлаждения;
  - осмотра: положение в постели с возвышенным головным концом, гиперемия щеки с пораженной стороны, герпес на губах, цианоз;
  - обследования дыхательной системы: отставание правой половины грудной клетки при дыхании; притупление перкуторного звука справа; выслушивание бронхиального дыхания, крепитации, шума трения плевры.

Основной клинический синдром – синдром уплотнения (инфильтрации) легочной ткани, что подтверждается наличием характерных жалоб и обследованием системы дыхания.

2. Дополнительные обследования:

- общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ);
- общий анализ мокроты (характер мокроты, наличие эритроцитов, лейкоцитов при микроскопии);
- рентгенологическое исследование – затемнение доли легкого.

3. Принципы лечения пневмонии.

Лечение проводится только в условиях стационара:

- антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам (препараты пенициллинового ряда, эритромицин, цефалоспорины, фторхинолоны и т.д.);
- дезинтоксикационная терапия (инфузии гемодеза, изотонического раствора натрия хлорида, реополиглюкина, р-ра глюкозы 5%);
- симптоматическая терапия (муколитики, бронхолитики, сосудистые средства, оксигенотерапия, жаропонижающие и т.д.)

4. Действия фельдшера.

Срочная госпитализация в терапевтическое отделение ЦРБ специальным транспортом в присутствии врача или фельдшера, медицинская помощь в пути - по показаниям.

5. Правила пользования плевательницей, дезинфекция плевательниц.

Индивидуальная карманная плевательница – это сосуд с широким горлом из темного стекла, с плотно завинчивающейся крышкой.

Правила пользования: залить в плевательницу на  $\frac{1}{4}$  объема раствором хлорамина 3% для дезинфекции мокроты, так как мокрота – это заразное отделяемое.

Дезинфекция плевательниц: мокроту спустить в унитаз, а плевательницу после опорожнения промыть горячей водой и прокипятить в 2% растворе соды в течение 15 минут, либо залить хлорамином 3% на 60 минут при полном погружении.

### **Задача № 14**

Вы работаете фельдшером на здравпункте. К вам обращается рабочий с жалобами на боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Боль усиливается при кашле, наклоне туловища влево. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может.

Объективно:  $t=37,4^{\circ}$ , кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочной звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, чистые.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.
5. Расскажите о периодах лихорадки, их характеристика, принципы ухода за больными в различные периоды лихорадки.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: правосторонний фибринозный плеврит – поставлен на основании:
  - жалоб на боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, наклонах туловища влево;
  - объективных данных: субфебрильная лихорадка; отставание правой половины грудной клетки при дыхании; при аускультации справа шум трения плевры.

Боль связана с тем, что на одном из листков плевры имеются фибриновые наложения, при этом возникают условия для соприкосновения и трения листков друг о друга (на высоте вдоха, при кашле).

Подтверждает данный факт наличие шума трения плевры с пораженной стороны; больной «щадит» пораженную половину грудной клетки при дыхании.

2. Дополнительные обследования.

Поскольку пациент не может четко указать причину заболевания, можно предположить туберкулезную этиологию плеврита, тем более, что интоксикация и лихорадка слабо выражены. Для подтверждения диагноза необходимо:

- проведение пробы Манту;
- рентгенография грудной клетки (исключить опухоль, воспаление легких);
- консультация фтизиатра;
- общий анализ крови (наличие лейкоцитоза, увеличение СОЭ).

3. Принципы лечения сухого плеврита:

- этиотропная терапия (лечение основного заболевания);
- симптоматическая терапия (анальгетики, ненаркотические противокашлевые средства);
- дезинтоксикационная терапия.

#### 4. Действия фельдшера.

Направить пациента к терапевту районной поликлиники, консультация фтизиатра, лечение в условиях соответствующего стационара (туберкулезного, онкологического – в зависимости от причины).

#### 5. Периоды лихорадки.

Различают 3 периода:

- период подъема температуры: кожа на ощупь холодная, у больного – озноб, недомогание, головная боль, боли в мышцах и суставах.

Уход: тепло укрыть, к ногам – грелку, дать сладкий горячий чай.

- период относительного постоянства температуры: начинается потоотделение, беспокоит чувство жара, сухость во рту, головная боль. Возможно нарушение сознания (бред, галлюцинации).

Уход: не следует тепло укрывать, частое витаминизированное питье (соки, морсы), частое дробное питание (диета №13). Установить индивидуальный пост; туалет кожи и слизистых, смазывание губ раствором антисептиков, вазелиновым маслом; смена белья, проветривание помещения, избегать сквозняков. Пузырь со льдом или холодный компресс на голову.

- период снижения температуры: литическое – в виде постепенного снижения температуры; критическое – резкое снижение температуры. При кризисе возможен коллапс – при этом уложить горизонтально, приподнять ножной конец кровати, обложить грелками, укрыть, дать сладкий крепкий чай или кофе. Необходима частая смена нательного и постельного белья. По показаниям введение раствор кордиамина (кофеина, сульфокамфокаина).

### **КАРДИОЛОГИЯ**

#### **Задача 1**

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Ревматизм, ревматический эндомиокардит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в области сердца;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции;
- ухудшение состояния через 2 недели после ангины;

2) объективные данные:

- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз при отчетливом поражении суставов), биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, а-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин-О, антигалактониды), рентгенография органов грудной клетки: при тяжелом течении ревмокардита - увеличение размеров сердца, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: могут быть нарушения проводимости (удлинение интервала PQ), снижение амплитуды зубца Т.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли, суточное количество жидкости не более 1,5 л

Антибактериальная терапия (антибиотики - пенициллин)

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, индометацин, вольтарен и др.)

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:



- повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
- санация очагов хронической инфекции;
- своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;
- вторичная:
  - бициллинопрофилактика;
  - диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия.

### **Задача 2**

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39<sup>0</sup>С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику забора крови на биохимическое исследование.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Ревматизм, ревматический полиартрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в крупных суставах, летучесть боли;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции, частые ангины;
- связь заболевания с предыдущей ангиной;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка, припухлость и покраснение кожи над пораженными суставами, ограничение движения в них, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом лейкоформулы влево, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, α<sub>2</sub>-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: возможны аритмии, изменения зубца Т.

3. При повторных ревматических атаках - формирование порока сердца, острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 10.

Антибактериальная терапия: антибиотики — пеницилин.

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, вольтарен.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

- повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
- санация очагов хронической инфекции;
- своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;
- вторичная:
  - бициллинопрофилактика;
  - диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

5. Техника забора крови на биохимическое исследование - согласно алгоритму действия.

### **Задача 3**

На ФАП обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной

туности определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Ревматизм. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье;
- перенесенный ревматизм;

2) объективные данные:

- при осмотре: субфебрильная температура тела, цианоз, одышка ;
- при пальпации: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца
- при перкуссии: расширение границ сердца вверх;
- при аускультации: на верхушке сердца - хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте, влажные хрипы в нижних отделах легких.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалурионидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания - ревматизма.

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды: коргликон, строфантин, дигоксин

Диуретики: верошпирон, триампур

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
- круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
- длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 4**

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Ревматизм, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- одышка и сердцебиение в состоянии покоя;
- ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;
- состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания (ревматизм)

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
- круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
- длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия

### **Задача 5**

К фельдшеру обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
- перенесенный бактериальный эндокардит;

2) объективные данные:

- при осмотре: симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс, одышка, повышение систолического АД и понижение диастолического АД;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: диастолический шум в точке аускультации аортального клапана.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: возможно увеличение фибриногена, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациента следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Терапия основного заболевания при обострении процесса: антибактериальные препараты

Витамины (вит.В1)

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
- круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
- длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия.

### **Задача 6**

К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Инфекционный эндокардит, стеноз устья аорты в стадии компенсации

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, обморок;
- перенесенные заболевания - частые ангины, ОРЗ; инфекционный эндокардит

2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи;
- при пальпации: дрожание над основанием сердца, смещение верхушечного толчка вниз и влево;
- при перкуссии: расширение границы сердца влево;
- при аускультации: систолический шум в точках аускультации аортального клапана, тахикардия;

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение при обострении основного заболевания.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Терапия основного заболевания при обострении процесса: антибактериальные препараты

Витамины

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
- круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
- длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия.

### **Задача 7**

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больно не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота;
- многолетнее течение заболевания;

2) объективные данные:

- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: пульс твердый, напряженный;
- при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

2. Общий анализ мочи: могут быть следы белка, единичные эритроциты, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол

Диуретики: верошпирон, гипотиазид

Комбинированные препараты: капозид, логимакс

Лечебная физкультура

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений

*Профилактика:*

- режим труда и отдыха;
- нормализация сна;
- рациональное питание;
- устранение влияния стрессов, психическая саморегуляция;
- запрещение курения и употребления алкоголя;
- диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью;
- поддержание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях с помощью применения гипотензивных препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).

5. Техника измерения АД - согласно алгоритму действия.

### **Задача 8**

К фельдшеру обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Атеросклероз сосудов головного мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- головная боль, головокружение, снижение памяти, плохой сон;
- онемение пальцев рук;
- перемежающаяся хромота;

2) объективные данные:

- при перкуссии: расширение границы сердца влево;
- при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, повышение систолического АД;
- при пальпации: пульс напряженный на лучевой артерии, пульс ослабленный на артериях тыла стоп.

2. Общий анализ крови: может быть увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности ( $\beta$ -липопротеиды), триглицеридов, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография, неврологическое исследование.

3. Инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность, гангрена нижних конечностей, “брюшная жаба”, некроз петель кишечника.

4. Пациент нуждается в проведении медикаментозного лечения и подробном инструктаже по вопросам рационального питания.

*Принципы лечения:*

Режим общий

Диета № 10, уменьшение употребления животных жиров, холестерина, поваренной соли, легкоусваивающихся углеводов, экстрактивных веществ

Лечебная физкультура

Антикоагулянты: гепарин, пелентан, фенилин

Деагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Антагонисты ионов кальция: изоптин, финоптин, коринфар

Статины: ловастатин, симвастатин, фловастатин

Ангиопротекторы: пармидин, продектин, ангинин

Витамины: ксантинола никотинат

Прогноз в отношении жизни благоприятный при соблюдении данных рекомендаций и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

- рациональное питание;
- регулярная физическая работа;
- пребывание на свежем воздухе;
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- нормализация массы тела;
- ликвидация артериальной гипертензии;
- коррекция нарушений обмена веществ (ожирение, подагра, сахарный диабет);
- диспансерное наблюдение за пациентами с атеросклерозом;
- назначение препаратов, воздействующих на липидный обмен.

5. Техника исследования пульса - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 9**

Больной В., 44 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев..

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст.. Абдоминальной патологии не выявлено.

*Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику записи ЭКГ.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу,
- боли непродолжительные;
- возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные:

- избыточная масса тела;

2. Биохимическое исследование крови: увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, электрокардиография может быть снижение сегмента ST в момент приступа, велоэргометрия.

3. Инфаркт миокарда.

4. Больной нуждается в обучении основным принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Самопомощь во время приступа стенокардии:

Удобно сесть

Расстегнуть стесняющий ворот, ослабить галстук и поясной ремень

Принять нитроглицерин: 1 таблетку под язык или 2 капли на кусочек сахара, или 2 дозы аэрозоля под язык

При отсутствии эффекта через 2-3 минуты прием нитроглицерина повторить

При отсутствии эффекта следует вызвать бригаду скорой помощи

Для профилактики приступов стенокардии пациенту следует назначить нитрат пролонгированного действия:

изосорбид - 5 - мононитрат, нитросорбид, нитронг или др. При отсутствии эффекта монотерапии нитраты

комбинируют с в-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция

Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения пациентом данных ему рекомендаций, аккуратного приема лекарственных препаратов.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание (ограничение животных жиров, холестерина, экстрактивных веществ, легкоусваивающихся углеводов, обогащение рациона продуктами, богатыми калием);
- запрещение курения и злоупотребления алкоголем;
- физическая активность;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами со стенокардией;
- профилактический прием нитроглицерина перед предстоящей физической нагрузкой;
- правильное хранение нитроглицерина во избежание снижения его эффективности (в плотно закрывающихся пеналах не больше 1 года).

5. Техника записи ЭКГ - согласно алгоритму действия.

### **Задача 10**

Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8°C. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5. Продемонстрируйте технику записи ЭКГ.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. ИБС: инфаркт миокарда, острый период.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку;
- продолжительность боли - 2 часа;
- отсутствие эффекта от приема нитроглицерина;
- связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением;

2) объективные данные:

- беспокойство больного;
- приглушение сердечных тонов;
- тахикардия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, ЛДГ), электрокардиография: изменения комплекса QRS, сегмента ST и зубца T.
3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.
4. Пациент нуждается в срочной госпитализации, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии фельдшера.

*Неотложная помощь:*

Наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол)

Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Принципы лечения:

Строгий постельный режим. Индивидуальный пост

Диета № 10, профилактика запоров

Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, урокиназа

Антикоагулянты прямого действия: гепарин

Деагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Нитраты пролонгированного действия: изосорбид - 5 - мононитрат, нитросорбид, нитронг

После стационарного лечения пациента переводят в санаторий кардиологического профиля для проведения реабилитации, затем он находится на диспансерном наблюдении в поликлинике.

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
- физическая активность;
- запрещение курения и злоупотребления алкоголем;
- психическая саморегуляция;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда;
- лечение атеросклероза, на фоне которого развивается ИБС;
- рациональное трудоустройство пациентов, запрещение тяжелого физического труда;
- решение вопроса об оформлении инвалидности при стойкой утрате трудоспособности;
- решение вопроса о хирургическом лечении при соответствующих показаниях.

5. Техника записи ЭКГ - согласно алгоритму действия.

### **Задача 11**

Большая К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболлезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболлезненная.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1 ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Хроническая недостаточность кровообращения II стадии.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза: перенесенный ранее инфаркт миокарда

- признаки сердечной недостаточности - постоянная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке;
- признаки застоя крови по малому кругу кровообращения - одышка, кашель со слизистой мокротой;
- признаки застоя крови по большому кругу кровообращения - постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах;

2) объективные данные :

- при осмотре: отеки на стопах и голенях, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.;
- при аускультации: незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: увеличение печени, аритмичный пульс.

2. Биохимическое исследование крови: возможно повышение холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, электрокардиография .

3. Острая сердечная недостаточность.

Пациентке следует провести стационарное лечение с целью уменьшения симптомов недостаточности кровообращения.

*Принципы лечения:*



Режим постельный, высокое изголовье  
Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, добавление продуктов, богатых калием  
Оксигенотерапия  
Сердечные гликозиды: коргликон, строфантин  
Диуретики: верошпирон, фуросемид  
Нитраты пролонгированного действия: изосорбид-5-мононитрат, нитронг  
Ингибиторы АПФ: эналаприл, рамиприл .

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, при своевременном и эффективном лечении основного заболевания можно добиться стабилизации состояния и улучшения самочувствия.

*Профилактика:*

- своевременное выявление и эффективное лечение заболеваний, которые могут привести к развитию хронической недостаточности кровообращения;
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- формирование у населения поведенческих мотивов здорового образа жизни: рационального питания, регулярных занятий физическими упражнениями, исключение курения и злоупотребления алкоголем, психической саморегуляции.

5. Техника исследования пульса — согласно алгоритму действия.

### **Задача № 12**

Вы работаете на здравпункте. К Вам обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голенях.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациентку к внутривенной пиелографии.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Гипертоническая болезнь, II стадия, предположительный диагноз поставлен на основании:
  - данных семейного анамнеза;
  - клинических данных: поражение органов – мишеней (сосудов головного мозга, сердца, сетчатки глаза, почек) с появлением симптомов поражения данных органов (характерные жалобы и объективные данные);
  - наличия симптомов гипертрофии левого желудочка (расширение границ сердца влево);
  - показателей АД; характера пульса.
2. Дополнительные обследования:
  - ЭКГ, УЗИ сердца для подтверждения наличия гипертрофии левого желудочка);
  - Осмотр окулиста для определения состояния сосудов глазного дна (сужение артерий сетчатки, расширение вен);
  - Общий анализ мочи (возможно наличие микрогематурии и умеренной протеинурии).
3. Возможные осложнения:
  - инсульт;
  - инфаркт миокарда;
  - недостаточность кровообращения;
  - почечная недостаточность;
  - облитерирующий эндартериит;
  - нарушения зрения, вплоть до слепоты.
4. Действия фельдшера в отношении данной пациентки:
  - рекомендовать немедленно обратиться к терапевту;
  - диспансерное наблюдение у цехового терапевта;
  - постоянное, непрерывное лечение гипертонической болезни препаратами, назначенными терапевтом: антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, диуретики и т.д.
  - научить элементам самопомощи при внезапных подъемах АД.
5. Внутривенная пиелография – рентгеноконтрастное исследование почек и мочевыводящих путей с использованием верографина (триомбраста) 60% (76%) раствора.
  - за 2 – 3 дня до исследования исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (грубую клетчатку, молоко, черный хлеб, сахар);

- в течение этих же дней давать карболен по 1,0 4 раза в день;
- накануне исследования после обеда дать 30,0 касторового масла, рекомендовать ограничение приема жидкости, а за 12 часов до исследования прием жидкости прекратить.
- вечером накануне и за 2 часа до исследования поставить высокие очистительные клизмы;
- исследование проводить после предварительной проверки на чувствительность к контрастному веществу, утром натощак.

## **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

### **Задача 1**

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику фракционного желудочного зондирования.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- боль в эпигастральной области;
- связь с приемом пищи;
- отрыжка кислым, изжога;
- нарушение режима питания;

2) объективные данные :

- при осмотре языка - обложенность;
- при пальпации живота - болезненность в эпигастральной области;

2. Фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии. Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь.

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 1, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища - жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты

Холинолитики: гастроцепин

Антациды: альмагель, маалокс

Спазмолитики: но-шпа, папаверин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: ранитидин, фамотидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омегапростол

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);
- исключение сухоедения;
- тщательное пережевывание пищи;
- разнообразное питание;
- запрещение курения, злоупотребления алкоголем;
- санация очагов хронической инфекции;
- при отсутствии зубов - протезирование;
- воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;
- соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;
- осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные препараты).

5. Техника фракционного желудочного зондирования - согласно алгоритму действия.

### **Задача 2**

Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику фракционного желудочного зондирования.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжка тухлым, похудание;
- длительность заболевания;
- связь обострения с погрешностями в диете;
- вредные привычки: курение, употребление алкоголя;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: снижение содержания соляной кислоты и пепсина, эндоскопическое исследование желудка: атрофия слизистой оболочки, рентгенологическое исследование: истончение складок слизистой оболочки.

3. Рак желудка, железодефицитная и В12-дефицитная анемии, гиповитаминозы.

4. Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 2, механически и термически щадящая, т.е., измельченная и в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища - жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Разрешаются пряности и приправы.

Заместительная терапия - натуральный желудочный сок, соляная кислота с пепсином

Фитотерапия: сок подорожника, плантаглюцид

Ферментные препараты во время еды: фестал, панзинорм

Санаторно-курортное лечение .

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);
- исключение сухоедения;
- тщательное пережевывание пищи;
- разнообразное питание;
- запрещение курения и злоупотребления алкоголем;
- санация очагов хронической инфекции;
- при отсутствии зубов - протезирование;
- воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;
- соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;
- осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт.

5. Техника фракционного желудочного зондирования - согласно алгоритму действия.

### **Задача 3**

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен

несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Большой курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику фракционного желудочного зондирования.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;
- самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;
- аппетит сохранен;
- сезонность обострений;
- связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;
- вредные привычки - курение;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты)

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Антациды: альмагель, смесь Бурже

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- соблюдение режима питания;
- исключение курения и злоупотребления алкоголем;
- психическая саморегуляция;
- правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт;
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
- строгое соблюдение диетических рекомендаций;
- проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях – профилакториях.

5. Техника фракционного желудочного зондирования - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 4**

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику дуоденального зондирования.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- боли в животе “поздние”, “голодные”, “ночные”, проходят после приема молока;
- склонность к запорам;
- похудание на фоне сохраненного аппетита;
- вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность кожи, обложенность языка;
- при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты).

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол

Антациды: альмагель, маалокс

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- соблюдение режима питания;
  - исключение курения и злоупотребления алкоголем;
  - психическая саморегуляция;
  - правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт ( нестероидные противовоспалительные препараты)
  - диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;
- вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
- строгое соблюдение диетических рекомендаций;
- проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях – профилакториях.

5. Техника дуоденального зондирования - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 5**

Больной 3., 62 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание.

Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику подкожных инъекций.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Рак желудка, метастазы в печень.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- чувство полноты и тяжести в животе, возникающие после еды, рвота вскоре после еды, нарастающая слабость, понижение аппетита и похудание;
- пожилой возраст;
- наличие анацидного гастрита в течение продолжительного периода;

2) объективные данные :

- при осмотре: желтовато-серый цвет лица, недостаточное развитие подкожно-жирового слоя, обложенность языка;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области, наличие уплотнения, увеличение печени

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, возможна анемия, кал на скрытую кровь, желудочное зондирование: отсутствие соляной кислоты, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: дефект наполнения, эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией, радиоизотопное исследование печени, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лапароскопия.

3. Желудочное кровотечение, метастазирование в другие органы (печень, легкие, кости, лимфатические узлы)

4. Пациент нуждается в обязательной консультации онколога для решения вопроса о возможности оперативного лечения

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Питание не реже 4 раз в день небольшими порциями

При возникновении рвоты назначают препараты, регулирующие моторику желудка и 12-перстной кишки (галидор, церукал), местные анестетики (раствор новокаина)

При болях - анальгетики ненаркотические и наркотические

Физраствор в/в при обезвоживании на фоне рвоты

Прогноз в отношении жизни благоприятный при ранней диагностике заболевания, отсутствии метастазов и радикальном оперативном лечении. При поздней диагностике заболевания, наличии отдаленных метастазов и невозможности проведения радикальной операции прогноз для жизни неблагоприятный (продолжительность жизни больного не превышает 1-2 года)

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
- исключение курения и злоупотребления алкоголем;
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом с секреторной недостаточностью;
- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью желудка;
- обязательное гистологическое исследование материала при язве желудка;
- оперативное удаление полипов желудка с обязательным последующим гистологическим исследованием материала;
- обязательное уточнение этиологии анемии, особенно у мужчин;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, оперированными по поводу рака желудка;
- строгое соблюдение диетических рекомендаций;
- исключение курения и употребления алкоголя.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 6**

К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются "заеды". Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и

сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический энтерит в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание;
- непереносимость молока;
- обострения в связи с приемом острой пищи;
- длительность заболевания;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность и сухость кожи, “заеды” в углах рта, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из тонкого кишечника, исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

3. Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы)

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 4. Нормальное количество углеводов, жиров, увеличенное количество белков, исключают жиры животного происхождения, ограничивают продукты, богатые клетчаткой. Пища должна быть механически щадящей, питание дробное, 4-5 раз в день.

Эубиотики: колибактерин, бифидумбактерин, бификол

Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан)

Вяжущие средства (висмут, дерматол)

Имодиум

Ферментные препараты (панзинорм, мезимфорте, полизим)

Витаминотерапия (В1, В6, РР, С)

Белковые препараты, растворы электролитов, анаболические стероиды - при тяжелом течении

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

- рациональное питание;
- устранение переизбытка и однообразного питания;
- своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.

5. Техника постановки газоотводной трубки - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 7**

К фельдшеру обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический колит в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм;
- слабость, повышенная утомляемость;
- длительность заболевания;

2) объективные данные :

- при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;
- при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: снижение белков, копрограмма: признаки бродильных или гнилостных процессов, исследование бактериальной микрофлоры кала: дисбактериоз, рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки, эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): воспалительные изменения, участки атрофии.

3. Дисбактериоз, значительное снижение массы тела, присоединение поражения тонкого кишечника, гиповитаминозы.

4. Пациенту назначается амбулаторное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 4,3. Ограничение газообразующих продуктов - молоко, квас, капуста, черный хлеб, трудноперевариваемых продуктов - жареное мясо, грубая клетчатка. Рекомендуют кисломолочные продукты. Для устранения запоров рекомендуют вареную свеклу, морковь, сливы, чернослив, ржаной хлеб, свежую простоквашу.

Эубиотики: бифидумбактерин, колибактерин, бификол

Ферментные препараты: панзинорм, фестал

Спазмолитики при болях (папаверин, церукал)

Вяжущие средства (при поносах) дерматол, карбонат кальция, белая глина

Слабительные средства (при запорах) - лист сенны, сенале, александрийский лист, ревеня, кора крушины

Антибактериальные препараты: интестопан, фуразолидон

Местное лечение: микроклизмы из настоя ромашки, зверобоя, коры дуба, при болях - свечи с экстрактом красавки

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при достижении стойкой ремиссии.

*Профилактика:*

- своевременное лечение кишечных инфекций, рациональное питание, исключение проф.вредностей, эффективное лечение заболеваний ЖКТ.

5. Техника постановки газоотводной трубки - согласно алгоритму действия.

### **Задача 8**

Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

Объективно: температура 37,3<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический гепатит в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота;
- перенесенный 10 лет назад острый вирусный гепатит;

2) объективные данные :

- при осмотре: субфебрильная температура, склеры и мягкое небо с желтушным оттенком;
- при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье, увеличение печени.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: изменение содержания билирубина, белка и его фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пункционная биопсия печени.

3. Цирроз печени, печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный

Диета № 5, достаточное количество витаминов и белка, ограничение жиров, исключение острых и жареных блюд. Запрещается употребление алкоголя. Питание должно быть дробным, не реже 4 раз в сутки



Витаминотерапия: группа В

Полиненасыщенные жирные кислоты: липоевая кислота, липамид

Эссенциале для улучшения обменных процессов в печени

При наличии активного воспаления - преднизолон или делагил (плаквенил)

При сопутствующем воспалении желчевыводящих путей - антибиотики широкого спектра действия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, однако возможно получить длительную ремиссию при устранении воздействия неблагоприятных факторов.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание с достаточным количеством белков и витаминов;
- устранение злоупотребления алкоголем;
- соблюдение техники безопасности на производстве при профессиональном контакте с гепатотоксическими веществами (соли тяжелых металлов);
- соблюдение личной гигиены для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом;
- строгое соблюдение требований по обработке инструментов медицинского назначения (согласно приказа № 770);
- соблюдение мер личной безопасности при профессиональном контакте с биологическими жидкостями для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом В;
- вакцинация против вирусного гепатита В;
- своевременное и эффективное лечение острых гепатитов, холецистохолангитов

вторичная:

- диспансерное наблюдение за больными с хроническим гепатитом;
- соблюдение диетических рекомендаций
- запрещение употребления алкоголя;

5. Техника в/в инъекций - согласно алгоритму действия

### **Задача 9**

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболлезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболлезненная.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Портальный цирроз печени

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ;
- вредные привычки - злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные :

- при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, “печеночные” кожные знаки, красные губы, “печеночные” ладони и язык, сосудистые “звездочки”;
- признаки портальной гипертензии - симптом “головы Медузы”;
- отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;
- увеличение живота;
- при пальпации: увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.

3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим постельный

Диета № 5, достаточное количество витаминов, белка, углеводов, ограничение жиров. Пища преимущественно молочно-растительная. Запрещают острые, жареные и маринованные блюда. Питание должно быть дробным (4-5 раз в сутки)

Гепатопротекторы: эссенциале

Ненасыщенные жирные кислоты

Витамины группы В

При активном процессе и отсутствии признаков портальной гипертензии - глюкокортикостероиды

Трансплантация печени

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный. При стойкой утрате трудоспособности следует решить вопрос о переводе больного на инвалидность.

*Профилактика:*

- своевременное лечение вирусных гепатитов;
- устранение действия гепатотропных ядов;
- запрещение курения;
- рациональное питание ;

5. Техника в/в инъекций - согласно алгоритму действия;

**Задача 10**

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Болеет несколько лет.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику дуоденального зондирования.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический холецистит в стадии обострения

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- тупые ноющие боли в правом подреберье;
- связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд;
- ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул;
- длительность заболевания;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;
- при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, дуоденальное зондирование: порция В желчи мутная, увеличение количества лейкоцитов, ультразвуковое исследование желчного пузыря, рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков.

3. Гепатит, панкреатит, образование камней в желчном пузыре

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 5, исключение жирных, острых жареных блюд. Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)

Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия или нитрофураны

Спазмолитики: папаверин, галидор, церукал

Физиотерапия: в период стихания обострения - парафиновые аппликации

Желчегонные средства: аллохол, экстракт бессмертника

Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
- четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи;
- ограничение продуктов, богатых холестерином;

- запрещение злоупотребления алкоголем;
  - регулярные занятия физическими упражнениями;
  - ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- вторичная:
- соблюдение режима питания;
  - соблюдение диетических рекомендаций (исключение жирной, жареной, острой пищи, продуктов, богатых холестерином);
  - исключение употребления алкоголя;
  - занятия лечебной физкультурой;
  - фитотерапия (применение лекарственных растений, обладающих желчегонным действием - бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца, шиповник);
  - регулярное проведение тюбажа с целью устранения застоя желчи;
  - физиотерапевтические процедуры (аппликации парафина, лечебных грязей);
  - санаторно-курортное лечение (Трускавец, Моршин, Ессентуки, Арзни и др.);
  - профилактика гельминтозов, протозойных заболеваний.

5. Техника дуоденального зондирования - по алгоритму действия.

### **Задача 11**

Фельдшера вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Объективно: температура 37,6<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Желчнокаменная болезнь, приступ печеночной колики.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- приступ боли в правом подреберье, иррадирующей под правую лопатку и правое плечо;
- чувство тяжести в подложечной области, тошнота, рвота;
- связь заболевания с приемом жирной жареной пищи;
- внезапное начало заболевания;
- пожилой возраст, женский пол;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: беспокойное поведение пациентки, поиск удобного положения для облегчения боли, признаки механической желтухи, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, метеоризм;
- при пальпации: резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера и Мюсси (френикус-симптом);

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, При развитии механической желтухи кал становится светлым, моча темнеет, в крови увеличивается содержание билирубина, ультразвуковое исследование желчного пузыря. Рентгенологическое исследование гепатобилиарной системы.

3. Холецистит, водянка желчного пузыря, перфорация желчного пузыря, перитонит, цирроз печени.

4. Пациентка нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургическое отделение. Применяют наркотические анальгетики и холинолитики.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 5, исключение жирных, жареных и острых блюд

Антибиотики назначают при присоединении воспаления

Спазмолитики: но-шпа, папаверин, галидор

Хирургическое лечение при частых приступах печеночной колики

Консервативное лечение: препараты хенодесоксихолевой кислоты - (хенафальк) или урсодесоксихолевой кислоты (урсофальк) - прием длительный, до 2-х лет

Литотрипсия (дробление камней)

Фитотерапия: шиповник, бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца

Минеральные воды

Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
- четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи;
- ограничение продуктов, богатых холестерином;
- запрещение злоупотребления алкоголем;
- регулярные занятия физическими упражнениями;
- ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная:

- соблюдение режима питания, диетических рекомендаций;
- исключение употребления алкоголя;
- занятия лечебной физкультурой;
- регулярное проведение тюбажа с целью устранения застоя желчи;
- физиотерапевтические процедуры ;
- санаторно-курортное лечение (Трускавец, Ессентуки, Арзни и др.).

5. Техника в/м инъекций согласно алгоритму действия.

### **Задача 12**

К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический панкреатит в стадии обострения.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- ноющие боли в животе опоясывающего характера, иррадирующие под левую лопатку;
- связь боли с приемом жирной пищи;
- снижение аппетита, тошнота, чувство тяжести после еды в эпигастральной области;
- длительность заболевания;
- сопутствующая патология желчного пузыря;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, желтушный оттенок кожи;
- при пальпации: болезненность в проекции поджелудочной железы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анализ мочи: повышение амилазы, копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея, биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы, трипсина, ультразвуковое исследование поджелудочной железы

3. Сахарный диабет

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Голод на 1-2 дня, затем диета № 5. Исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)

Ингибиторы панкреатических ферментов - трасилол, контрикал, гордокс

Антациды: альмагель, карбонат кальция

Антибиотики широкого спектра действия

Спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин

Ферментные препараты: фестал, дигестал, панзиформ

Витамины: С, В2, А, Е

Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения диетических рекомендаций и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
  - соблюдение режима питания;
  - исключение злоупотребления алкоголем
  - своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- вторичная:
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим панкреатитом;
  - исключение острых, жирных и жареных продуктов;
  - исключение употребления алкоголя;
  - на фоне высокобелковой диеты назначают анаболические стероидные препараты: ретаболил или метандростенолон.
5. Техника в/м инъекций - по алгоритму действия

### **Задача № 13**

Вы работаете на ФАПе. Обращается пациент 25 лет с жалобами на боль эпигастральной области натощак, в ночное время, через 1,5-2 часа после еды. Боль купируется приемом пищи (молоко с содой). На высоте болей иногда возникает рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.

Объективно: язык у корня обложен беловатым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Стул – склонность к запорам.

#### **ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.
5. Подготовьте пациента к исследованию кала на реакцию Грегерсена.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: язвенная болезнь 12-типерстной кишки, поставлен на основании:
  - жалоб: поздние боли в эпигастральной области, проходящие после приема молока с содой ; рвота кислым на высоте болей, приносящая облегчение; запоры;
  - объективных данных: язык обложен у корня, живот болезненный в пилородуоденальной зоне.

Основной клинический синдром – болевой, связан с раздражением язвы кислым содержимым; боль исчезает после ошелачивания среды и приема обволакивающей пищи (молоко).

2. Дополнительные обследования для подтверждения диагноза:
  - эндоскопическое исследование (гастродуоденоскопия) для уточнения локализации, величины, глубины язвенного дефекта;
  - рентгенологическое исследование желудка (наличие язвенной «ниши»);
  - исследование кала на реакцию Грегерсена (положительная реакция на скрытую кровь);
  - исследование желудочной секреции (гиперацидное состояние).
3. Возможные осложнения:
  - кровотечение;
  - перфорация (прободение);
  - пенетрация (неполное прободение в соседние органы).
4. Действия фельдшера.  
Направить пациента в ЦРБ для уточнения диагноза и проведения обязательного стационарного лечения. При транспортировке избегать тряской езды.
5. Исследование кала на реакцию Грегерсена.
  - Для обнаружения в кале скрытой крови пациента готовят в течение 3 дней. Из диеты исключаются продукты, содержащие железо (мясо, рыба, яблоки, томаты, зеленые овощи, гранаты, гречневая каша), поскольку исследование основано на обнаружении в кале железа, входящего в состав гемоглобина. Нельзя давать железосодержащие препараты.

Не рекомендуется чистить зубы щеткой, порекомендовать полоскать рот 3% раствором натрия бикарбоната.

  - В день исследования взять шпателем немного кала без примеси воды и мочи в чистую, сухую, стеклянную посуду.
  - На этикетке указать Ф.И.О. больного, отделение, № палаты, цель исследования (кал на скрытую кровь), дату, подпись фельдшера.

### **Задача № 14**

Вы - фельдшер ФАПа. К вам обращается пациент 47 лет с жалобами на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение.

Объективно: пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный.

### **ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.
5. Подготовьте пациента к эндоскопическому исследованию желудка.

### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: хронический гастрит с секреторной недостаточностью (тип А), поставлен на основании:
  - жалоб: умеренные постоянные боли в эпигастрии, «ранние» боли; отрыжка тухлым, поносы; рвота с остатками непереваренной пищи, приносящая облегчение; тошнота, снижение аппетита;
  - объективного обследования: обложенность языка белым налетом; болезненность живота при пальпации в эпигастральной области.

Основные синдромы – диспептический и болевой.

2. Дополнительные обследования:
  - рентгенологическое исследование желудка (исследование подвижности, величины, формы, состояния слизистой желудка);
  - эндоскопическое исследование желудка (изучение состояния слизистой, проведение биопсии);
  - фракционное исследование желудочного сока (изучение секреторной функции желудка).

3. Возможные осложнения.
  - развитие В<sub>12</sub> – дефицитной анемии;
  - малигнизация слизистой;
  - язвенная болезнь (язва кардиального отдела желудка).

#### **4. Действия фельдшера.**

Направить пациента к терапевту ЦРБ (поликлиники) для подтверждения диагноза и решения вопроса о лечении. Убедить в необходимости постоянного диспансерного наблюдения.

#### **5. Подготовка к эндоскопическому исследованию желудка.**

Гастродуоденоскопия – метод эндоскопического исследования желудка и 12-типерстной кишки, который позволяет определить характер и степень изменений в слизистой этих органов, взять кусочек ткани на исследование (на биопсию).

- Рекомендуется последний прием пищи не позднее 21 часа накануне.
- Исследование проводится утром, натощак. Во время обследования пациент будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну, поэтому он должен:
- принести полотенце с собой;
- перед исследованием необходимо снять зубные протезы.

### **НЕФРОЛОГИЯ**

#### **Задача 1**

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,7<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
- связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;

- при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
  - при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон;
  - при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.
  3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (экламсия), переход в хроническую форму.
  4. Пациент нуждается в обязательной госпитализации и стационарном лечении.

**Принципы лечения:**

Строгий постельный режим.

Диета № 7, ограничение жидкости и поваренной соли. В первые 2 дня - голод, ограничение жидкости до количества, равного диурезу. На 3-й день - диета № 7а (богатая калием - картофель, рисовая каша, изюм, курага), употребление жидкости в количестве на 300-500 мл превышающем диурез за предыдущие сутки. Через 3-4- дня - диета № 7б, содержащая пониженное количество белка (до 60 г в сутки), рекомендуют творог, поваренную соль - 3-5 г в сутки. Диету соблюдать до исчезновения внепочечных симптомов и улучшения анализов мочи.

Антибиотики пенициллинового ряда.

Диуретики: салуретики.

Гипотензивные препараты: допегит, клофелин.

При затянувшемся течении - глюкокортикостероиды.

При значительном снижении диуреза - гепарин.

Физиотерапия: диатермия на область почек.

Прогноз для жизни благоприятный при своевременном и эффективном лечении и отсутствии осложнений.

**Профилактика:**

первичная:

- эффективное лечение острых инфекционных заболеваний;
- санация очагов хронической инфекции;
- устранение фактора переохлаждения;
- закаливание;
- исследование мочи после перенесенных острых респираторных заболеваний, вакцинаций;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый гломерулонефрит в течение 2-х лет;
- рациональное трудоустройство (противопоказан тяжелый физический труд, работа в холодных и сырых помещениях, в ночную смену, длительные командировки);
- женщинам не рекомендуется беременеть в течение 3-х лет после перенесенного заболевания;
- противопоказаны лекарственные препараты, обладающие нефротоксическим действием (аминогликозиды, сульфаниламиды);
- санаторно-курортное лечение в условиях теплого сухого климата (Байрам-Али).

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

**Задача 2**

Больной В., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.

**Обоснование:**

1) данные анамнеза:

- слабость, одышка, головная боль, тошнота, отеки на лице.
- перенесенный острый гломерулонефрит;
- сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость;
- связь ухудшения состояния с переохлаждением;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледность кожи, одутловатость лица, отеки на ногах;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. Радиоизотопное исследование почек.
3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 7, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки, а при нарастании отеков - до 4 г. Количество принимаемой жидкости соответствует суточному диурезу. При появлении признаков почечной недостаточности белок ограничивают, а количество принимаемой жидкости увеличивают до 2 л в сутки.

Глюкокортикостероиды и /или/ цитостатики для подавления иммунного воспаления (противопоказаны при почечной недостаточности).

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен.

Антикоагулянты прямого и непрямого действия: гепарин, фенилин.

Антиагреганты: курантил.

Диуретики.

Гипотензивные препараты.

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, т.к. исходом заболевания является развитие хронической почечной недостаточности.

*Профилактика:*

первичная:

- закаливание.
  - санация очагов хронической инфекции;
  - использование вакцин и сывороток строго по показаниям;
  - эффективное лечение острого гломерулонефрита;
- вторичная:
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гломерулонефритом;
  - рациональное трудоустройство;
  - соблюдение режима труда и отдыха;
  - дневной отдых в постели в течение 1-2 часов;
  - своевременное лечение простудных заболеваний с назначением постельного режима;
  - контрольное исследование мочи после перенесенных простудных заболеваний;
  - занятия лечебной физкультурой.

5. Техника проведения в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

### **Задача 3**

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый пиелонефрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;
- связь заболевания с переохлаждением;
- частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;

2) объективные данные :

- при осмотре: гипертермия;
- при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.



### *Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье для естественного промывания мочевыводящих путей: отвар медвежьих ушек, молоко, минеральные воды.

Антибактериальная терапия (уроантисептики):

антибиотики: полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины, пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, бисептол .

нитрофураны: фурадонин, фурагин.

производные налидиксовой кислоты: неграм, невиграмон, нитроксолин.

Спазмолитики и анальгетики - при болях.

Физиотерапия (диатермия на область почек).

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

### *Профилактика:*

первичная:

- закаливание, устранение фактора переохлаждения.
- ликвидация факторов, способствующих застою мочи (регулярное опорожнение мочевого пузыря, устранение запоров, хирургическая коррекция аномалий развития почек и мочеточников);
- санация очагов хронической инфекции;
- тщательное соблюдение правил личной гигиены;
- своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей;
- своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит;
- обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара в течение 5-6 месяцев (ежемесячные 10-дневные курсы антибактериальной терапии, в перерывах - фитотерапия - медвежья ушка, брусника, земляничный лист, василек, укроп, петрушка, кукурузные рыльца и др.);
- устранение застоя мочи (опорожнение мочевого пузыря каждые 2 часа);
- санаторно-курортное лечение (Трускавец, Боржом, Саирме, Железноводск, Ессентуки).

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

### **Задача 4**

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,4<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания
5. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;
- наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;

2) объективные данные :

- при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;
- при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в хирургический стационар.

Неотложная помощь: сухое тепло на область поясницы, теплые ванны, анальгетики и спазмолитики.

### *Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета в зависимости от состава камней.

При явлениях воспаления - антибактериальные препараты.

Спазмолитики и анальгетики.

Тепло на поясничную область.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при отсутствии осложнений и эффективном лечении.

**Профилактика:**

первичная:

- своевременное лечение воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей;
- устранение факторов, способствующих застою мочи ;
- рациональное питание;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с мочекаменной болезнью;
- диетические рекомендации в зависимости от состава камней;
- обильное питье, чтобы суточный диурез составлял 2-3 л;
- при фосфатных камнях и щелочной реакции мочи назначают углекислые минеральные воды (Нафтуса, Арзни), кисломолочные продукты, мясо в умеренном количестве;
- при уратных камнях назначают щелочные минеральные воды (Ессентуки № 4 и № 17, Боржоми, Славяновская, Смирновская), преобладание овощей и ограничение мяса;
- при наличии оксалатных камней назначают слабоминерализованные воды (Ессентуки № 20, Нафтуса, Саирме);
- пища должна содержать повышенное количество витаминов А и Д;
- фитотерапия;
- возможно проведение литотрипсии (дробления камней);
- оперативное лечение.

5. Техника катетеризации мочевого пузыря - согласно алгоритму действия.

### **Задача 5**

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 42 лет. Жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

Объективно: температура 37,3<sup>0</sup>С. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику промывания желудка.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хроническая почечная недостаточность, стадия декомпенсации.

**Обоснование:**

1) данные анамнеза:

- постоянная головная боль, отсутствие аппетита, постоянная тошнота, периодическая рвота, общая резкая слабость, понос;
- наличие хронического заболевания почек;

2) объективные данные : субфебрильная температура;

- при осмотре: одутловатость лица, резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая; Запах аммиака в выдыхаемом воздухе;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: напряженный пульс, болезненность живота в эпигастральной области;
- при аускультации: глухость сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, общий анализ мочи: снижение относительной плотности, биохимическое исследование крови: повышение содержания азотистых шлаков в крови, анализ мочи по Зимницкому: гипоизостенурия, радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, уремическая кома.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

**Принципы лечения:**

Режим постельный.

Диета № 7 с исключением мясных продуктов и яиц, при сохранении выделительной функции - обильное питье (3-4 л в сутки).

Очистительные клизмы, промывание желудка.

Хронический гемодиализ.

Трансплантация почек.

Прогноз в отношении жизни неблагоприятный - больные погибают от уремии. В случае успешной трансплантации почек и отсутствия осложнений продолжительность жизни пациентов можно удлинить.

*Профилактика:*

- своевременное и эффективное лечение острых воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей;
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острые заболевания, обязательное проведение амбулаторного лечения для профилактики перехода в хроническую форму;
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями почек, контроль за функциональной способностью почек, назначение противорецидивного лечения;
- выявление и своевременное лечение латентных (скрытых) форм заболеваний почек.

5. Техника промывания желудка - согласно алгоритму действия.

### **Задача № 6**

Вы – фельдшер ФАПа. Обращается мужчина 40 лет с жалобами на головную боль, отеки на лице, ногах, пояснице, тупые боли в поясничной области, уменьшение количества выделяемой мочи. Заболел неделю назад, после сильного переохлаждения.

Объективно: лицо бледное, отечное. Пульс – 80 в минуту, слегка напряжен. АД 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основные клинические синдромы.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.
5. Приготовьте все необходимое для проведения пробы Зимницкого, объясните цель данной манипуляции, технику ее проведения. Выпишите направление в лабораторию.

### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: острый диффузный гломерулонефрит.  
Однако быстрое (в течение недели после переохлаждения) развитие заболевания позволяет думать и об обострении хронического гломерулонефрита.  
Диагноз поставлен на основании:
  - данных анамнеза - развитие заболевания после сильного переохлаждения;
  - жалоб: головная боль, как результат гипертензии; отеки, как результат нарушения фильтрационной способности почек, олигоурия, тупые боли в пояснице;
  - данных объективного обследования: при осмотре отечное и бледное лицо; гипертония, тахикардия, тоны сердца приглушены.Основной клинический синдром:
  - а) синдром почечной гипертонии, как результат избыточного выделения ренина, увеличения ОЦК, задержки натрия в организме;
  - б) отечный синдром, как результат снижения фильтрационной способности почек.
2. Дополнительные обследования для подтверждения диагноза:
  - общий анализ мочи (характерны протеинурия, гематурия, цилиндрурия);
  - проба Зимницкого (с целью изучения функциональной способности почек);
  - проба Реберга (с целью изучения функциональной способности почек);
3. Возможные осложнения:
  - развитие отека легких на фоне гипертензии;
  - развитие почечной эклампсии;
  - острая почечная недостаточность;
  - при остром течении возможен переход в хронический гломерулонефрит с исходом в ХПН и развитием уремии.
4. Действия фельдшера  
Обязательная госпитализация санитарным транспортом в присутствии фельдшера в ЦРБ, или вызов врача «на себя» с дальнейшей госпитализацией в терапевтическое отделение ЦРБ в присутствии врача.
5. Проба Зимницкого является методом исследования функциональной способности почек. Проба позволяет определить дневной, ночной, суточный диурез, количество и относительную плотность мочи в каждой из 8 порций. Мочу собирают в течении суток каждые 3 часа, в том числе и в ночное время. Больничным и питьевой режим остаются прежними.  
Необходимо подготовить 8 банок с этикетками, где указывают номер порции, время сбора, Ф.И.О. больного, номер палаты.  
Порядок исследования:
  - 1) в 6.00 больной опорожняет мочевой пузырь (эту мочу не учитывают)

- 2) больной последовательно мочиться каждые 3 часа в отдельную банку (6.00-9.00, 9.00-12.00, и т.д. до 6.00 следующего утра). Если мочи не окажется, банка остается пустой. Если мочи больше, чем объем банки, то дают дополнительную посуду к этой порции.
- 3) утром следующего дня все банки, в том числе пустые и дополнительные, доставляются в клиническую лабораторию.

### **Задача № 7**

Вы работаете на ФАПе. Вызов на дом к женщине 32 лет, которая жалуется на подъем температуры до 38-38,5 градусов, ознобы, слабость, тошноту; рези при мочеиспускании, боли в пояснице справа. Отделяемая моча мутная. Заболела остро, подобные жалобы появились вчера.

Объективно: кожные покровы бледноваты, влажные, горячие наощупь; T=38,7 градусов. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс =88 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При пальпации поясничной области справа определяется болезненность. Отеков нет.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных причинах развития данной пациентки.
4. Приготовьте все необходимое и объясните технику сбора мочи на общий анализ, по Нечипоренко.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз – острый пиелонефрит поставлен на основании:
2. - жалоб: лихорадка, ознобы, местные симптомы – дизурические расстройства, боли в пояснице, изменение характера мочи;
3. анамнеза - острое начало заболевания;
4. данных объективного обследования: осмотра; пальпации поясничной области.
5. Дополнительные обследования для подтверждения диагноза:
  - общий анализ мочи ( наличие пиурии, бактериурий).
  - общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ)

6. Возможные причины развития острого пиелонефрита:

- наличие в организме очагов гнойной инфекции ( кариозные зубы, хронический тонзиллит, фурункулез)
- воспалительные процесс в органах мочевой (уретрит, цистит) и половой ( аднексит) сферы, в клетчатке таза (парапроктит);
- инфицирование при проведении инструментальных исследований ( катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия);

Во всех случаях имеется возбудитель инфекции (кокки, кишечная палочка, т.д.), попадающий в почечную паренхиму нисходящим путем (гематогенно, лимфогенно) или восходящим путем (уриногенно).

Способствующий фактор – застой мочи в лоханках на фоне мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы и т.д.

7. Действия фельдшера.

Обязательная госпитализация в урологическое (терапевтическое) отделение ЦРБ санитарным транспортом после введения пациентке литической смеси внутримышечно (в случае высокой лихорадки) в присутствии фельдшера.

8. Для общего анализа мочи готовят чистую, сухую стеклянную посуду. Моча собирается после ночного сна в количестве 100-200 мл, проводится туалет наружных половых органов.

Моча по Нечипоренко собирается в любое время суток (лучше утром), нужно собрать «среднюю порцию» струи мочи после тщательного туалета наружных половых органов. Готовят сухую, чистую, стеклянную посуду.

На посуду с мочой наклеивают этикетку с указанием ФИО больного, номера палаты и отделения, характера исследования, например:

- моча на общий анализ;
- моча по Нечипоренко.

У женщин в период менструации мочу на исследование не собирают. Если все же это необходимо, то мочу для исследования берут катетером

### **Гематология**

#### **Задача 1**

К фельдшеру обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации.

Объективно: температура 36,7<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

5. Продемонстрируйте технику измерения АД .

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Железодефицитная анемия

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- общая слабость, головная боль, головокружение, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, извращение вкуса;
- обильные и длительные менструации;

2) объективные данные :

- при осмотре: кожа бледная сухая, ногти ломкие, имеется поперечная исчерченность, ЧДД 26 в мин.
- при пальпации: пульс частый, мягкий;
- при аускультации: приглушенность сердечных тонов, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия, артериальная гипотензия;

2. Общий анализ крови: снижение количества гемоглобина, эритроцитов и цветового показателя, биохимическое исследование крови: снижение уровня железа сыворотки крови и повышение общей железосвязывающей способности плазмы, фракционное желудочное зондирование: снижение кислотности

3. Обморок

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении

*Принципы лечения:*

Режим общий

Диета с повышенным содержанием железа - мясо, печень, зеленые яблоки, гранаты

Препараты железа внутрь: ферроплекс, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре (феррум-лек, ферковен) - лечение длительное, в течение нескольких месяцев

После нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа назначают за 10 дней до и во время менструаций.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при соблюдении диетических рекомендаций и проведении профилактических мероприятий.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание с достаточным содержанием железа (в первую очередь - мясо) и витаминов;
- своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, затрудняющих всасывание железа;
- ранняя диагностика осложнения язвенной болезни - скрытого кровотечения;
- эффективное лечение заболеваний, которые могут осложниться кровотечением или кровохарканьем (bronхоэктатическая болезнь, туберкулез, рак легкого);
- профилактическое назначение препаратов железа во время беременности и лактации;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с железодефицитной анемией;
- назначение противорецидивного лечения препаратом железа.

5. Техника измерения АД - согласно алгоритму действия.

### **Задача 2**

К фельдшеру обратился больной С., 46 лет, с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного удален желудок по поводу новообразования.

Объективно: температура: 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно-малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

5. Продемонстрируйте технику измерения АД

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Оперированный желудок. В12 - дефицитная анемия

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- резкая слабость, головная боль, головокружение, чувство жжения в языке, одышка и сердцебиение при малейшей физической нагрузке, онемение конечностей;
- проведенная ранее гастрэктомия;

2) объективные данные :

- при осмотре: бледно-желтушная кожа, язык малиновый, с атрофированными сосочками;
- при пальпации: увеличение печени;

- при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия, артериальная гипотензия.
2. Общий анализ крови: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, увеличение цветового показателя, тельца Жолли и кольца Кебота, увеличение СОЭ, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография органов грудной клетки.
  3. Анемическая кома
  4. Пациент нуждается в стационарном лечении

*Принципы лечения:*

- Режим постельный
- Диета с достаточным содержанием белков, витаминов
- Витамин В12 в/м

Прогноз для жизни благоприятный при проведении профилактических мероприятий.

*Профилактика:*

первичная:

- своевременное выявление и лечение заболеваний, способных вызвать В12-дефицитную анемию;
- рациональное питание;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с В12-дефицитной анемией;
- профилактическое применение витамина В12 больным этим заболеванием.

5. Техника измерения АД - согласно алгоритму действия.

### **Задача 3**

Фельдшер вызван на дом к больной С., 25 лет, которая жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40 градусов, носовое кровотечение. Заболела неделю назад.

Объективно: температура 39,5С. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Изо рта - гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Имеется гнойное наложение. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций .

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый лейкоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- жалобы на выраженную слабость, гипертермию, боли в костях, чувство тяжести и ноющие боли в животе, боли в горле;

2) объективные данные :

- повышение температуры;
- при осмотре: гиперемия зева, геморрагическая сыпь;
- при перкуссии: болезненность при поколачивании плоских костей;
- при пальпации: болезненность живота в верхней половине, увеличение печени и селезенки

2. Общий анализ крови: анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, наличие в периферической крови бластных клеток, отсутствие переходных форм, «лейкемический провал», пункция костного мозга..

3. Пневмония, сепсис, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияние в мозг

4. Пациентка нуждается в обязательной госпитализации и проведении стационарного лечения

*Принципы лечения:*

Режим постельный, желательнее поместить пациента в боксированную палату с подачей стерильного воздуха, режим стерильности как в операционных

Диета полноценная, высококалорийная

Препараты цитостатического действия

Глюкокортикостероиды

Антибиотики с целью лечения бактериальных осложнений

Переливание компонентов крови

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия

### **Задача 4**

Больной П., 56 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на появление припухлостей в области шеи, быструю утомляемость, недомогание, понижение аппетита. Болен в течение 1,5 лет.

Объективно: температура 37,5<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Пальпируются увеличенные подчелюстные,

шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они не спаяны между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, перкуторный звук ясный, легочный. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,4 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 78 в мин., ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 135/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический лимфолейкоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, недомогание, понижение аппетита, появление припухлостей в области шеи;
- пожилой возраст;
- мужской пол;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, опухолевидные образования в области шеи;
- при пальпации: увеличение подчелюстных, шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия, тромбоцитопения, стерильная пункция, пункция лимфатических узлов.

3. Пневмония, сепсис, анемия

4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета полноценная, высококалорийная

Препараты цитостатического действия: лейкеран (хлорбутин)

Глюкокортикостероиды: преднизолон

Антибактериальная терапия при присоединении бактериальных осложнений

Прогноз в отношении жизни благоприятный, при адекватном лечении и отсутствии осложнений возможно добиться стойкой ремиссии

*Профилактика:*

первичная:

- устранение действия радиоактивных веществ;
- соблюдение техники безопасности при работе с радиоактивными веществами;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим лимфолейкозом;
- исключение инсоляции;
- исключение переохлаждения.

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 5**

К фельдшеру обратился больной В., 16 лет, с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение “синяков” даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расспросе выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба.

Объективно: температура 36,8<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах - темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику в/м инъекций .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гемофилия.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- частые носовые кровотечения, упорные кровотечения после мелких порезов, быстрое возникновение кровоизлияний
  - наследственная предрасположенность (патология у мужчин по материнской линии)
- 2) объективные данные :
- бледность кожи и слизистых, наличие подкожных кровоизлияний
2. Общий анализ крови: анемия, коагулограмма., удлинение времени свертывания крови, дефицит факторов свертывания.
3. Гемартрозы, ведущие к инвалидности, развитие анемии
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета разнообразная, высококалорийная

Переливание свежей крови или плазмы, содержащей необходимые пациенту факторы свертывания крови

Гемостатическая терапия:

общие средства: переливание свежей плазмы или крови, аминокaproновая кислота, викасол

местные средства: аминокaproновая кислота, гемостатическая губка, тампонада полости носа

При больших кровоизлияниях в полость сустава - пункция сустава и удаление крови

Хроническая стадия заболевания: лечебная физкультура, физиотерапия (тепловые процедуры)

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный.

*Профилактика:*

- диспансерное наблюдение;
  - обязательная медикаментозная подготовка перед любым инвазивным вмешательством.
5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

**Эндокринология**

**Задача 1**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику проведения термометрии .

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Диффузный токсический зоб.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание;
- связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”;
- при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы;
- при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета с достаточным содержанием витаминов

Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия

В-адреноблокаторы: анаприлин

Седативные препараты: валериана, пустырник

Лечение радиоактивным йодом

Хирургическое лечение

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

- психическая саморегуляция;



- диспансерное наблюдение;
- регулярный прием назначенных препаратов.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

### **Задача 2**

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику проведения термометрии .

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипотиреоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;

2) объективные данные :

- пониженная температура тела;
- при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета с повышенным содержанием белков и витаминов, ограничение углеводов и жиров.

Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

*Профилактика:*

- рациональное питание;
- закаливание;
- предупреждение переохлаждений;
- своевременное лечение воспалительных заболеваний.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

### **Задача 3**

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- полифагия, полидипсия, полиурия, похудание;
- молодой возраст;

2) объективные данные :

- сухость и шелушение кожи;

- недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки
2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.
  3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы
  4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии

*Принципы лечения:*

Режим палатный

Диета № 9, ограничение легкоусваивающихся углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже

4-х раз в день)

Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально.

Использование специальных аппаратов - "искусственная поджелудочная железа" и "искусственная в-клетка"

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

*Профилактика:*

- рациональное питание;
- психическая саморегуляция;
- своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы;
- ранняя диагностика скрытого диабета и соответствующая корректировка диеты.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

#### **Задача 4**

Больная Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы появились 3 месяца назад.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. Рост 160 см, масса тела 92 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140/90. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику подсчета ЧДД .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Сахарный диабет. Инсулинонезависимый тип. Ожирение.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- жалобы на жажду, сухость во рту, кожный зуд, обильное выделение мочи;
- пожилой возраст;

2) объективные данные :

- сухость кожи, следы расчесов;
- избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность, биохимический анализ крови: гипергликемия, гиперхолестеринемия.

3. Прогрессирование диабета, трофические изменения кожи, поражение нервной системы, снижение зрения, сердечная недостаточность

4. Пациентка нуждается в уточнении диагноза и назначении соответствующего лечения, которое может быть проведено в амбулаторных условиях.

*Принципы лечения:*

Режим общий

Диета № 9. Нормализация массы тела

Пероральные сахароснижающие препараты добавляются при неэффективности диетотерапии

бигуаниды - силубин, силубин ретард, буформин, адебит или сульфаниламиды - букарбан, оранил, манинил, глюренорм.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при своевременном и эффективном лечении и выполнении диетических рекомендаций.

*Профилактика:*

первичная:

- рациональное питание;
- физическая активность;
- предупреждение ожирения;
- диспансерное наблюдение за пациентами с нарушенным тестом толерантности к глюкозе;

- активное лечение атеросклероза;
  - своевременное лечение хронического панкреатита;
- вторичная:
- режим труда и отдыха;
  - соблюдение диеты;
  - своевременное и аккуратное применение лекарств.

5. Техника подсчета ЧДД - согласно алгоритму действия.

### **Задача № 5**

Вы – фельдшер ФАПа. К Вам обращается женщина 38 лет с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение и одышку при небольшой физической нагрузке; желание есть мел.

Объективно: бледность кожи и видимых слизистых, кожные покровы сухие, отмечаются трещины в углах рта. Волосы ломкие, ногти «корявые». Пульс 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Язык малиновый, чистый. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастральной области, несколько вздут. Стул со склонностью к поносам.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите Ваши действия в отношении данной больной.
5. Подготовьте пациентку к эндоскопическому исследованию толстого кишечника (колоноскопии).

#### **Эталон ответа:**

1. Предположительный диагноз: железодефицитная анемия – поставлен на основании:
  - жалоб, указывающих на наличие анемического синдрома: слабость, утомляемость, сердцебиение, одышка, извращение вкуса;
  - данных общего осмотра: бледность кожи и слизистых, ангулярный стоматит, ломкость волос, корявость ногтей, глоссит;
  - обследования сердечно-сосудистой системы: склонность к тахикардии, гипотонии, приглушение тонов сердца;
  - обследования системы пищеварения: чувствительность при пальпации в эпигастральной области, вздутие живота, склонность к поносам.

Основной клинический синдром – анемический, при котором в связи со снижением числа эритроцитов в крови, а также уменьшения содержания железа в эритроцитах возникает гипоксемия и гипоксия, в первую очередь, сердца и мозга.

2. Дополнительные обследования:
  - общий анализ крови (гипохромия эритроцитов, анизоцитоз с преобладанием микроцитов, пойкилоцитоз);
  - обследование у гинеколога (меноррагии, олигоменорреи);
  - ФГС, рентгенологическое исследование желудка (атрофия слизистой желудка).
3. Принципы лечения:
  - полноценное питание с включением в рацион продуктов, богатых железом: мясо, печень, кровяная колбаса, бобовые, гречневая крупа, яблока, свекла, морковь, томаты, петрушка;
  - прием препаратов железа, перорально (ферроплекс, феррокаль, феррамид и т.д.) или парентерально (феррум – лек, ектофер).

Терапия продолжается до полного восстановления гемоглобина, не мене 3-х месяцев.

4. Действия фельдшера. Направить пациентку к терапевту ЦРБ для уточнения диагноза и назначению лечения.
5. Подготовить к эндоскопическому исследованию толстого кишечника (колоноскопии):
  - за 3-5 дней до исследования назначить безшлаковую диету;
  - в течение этих же дней прием карболена по 1,0 4 раза в день;
  - накануне в обед дают 30,0 касторового масла;
  - накануне вечером и за 2 часа до исследования ставят высокие очистительные клизмы;
  - исследование проводят утром натощак.

### **Задача № 6**

Вы работаете на ФАПе. К Вам обращается мужчина 57 лет с жалобами на слабость, головокружение, утомляемость, сердцебиение и одышку при физической нагрузке; чувство ползания мурашек, онемения в конечностях; чувство тяжести в эпигастрии, поносы.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком, температура 37,2°. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт ст. Язык малиновый, атрофия сосочков языка; живот при пальпации мягкий, чувствителен в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см, край печени гладкий, эластичный, безболезненный.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите Ваши действия в отношении данной больной.
5. Подготовьте пациента к рентгенологическому исследованию желудка

### Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: В<sub>12</sub> – дефицитная анемия поставлен на основании:
  - жалоб, указывающих на наличие анемического синдрома: слабость, утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку;
  - жалоб, указывающих на поражение нервной системы: парестезии, онемение в конечностях;
  - жалоб, указывающих на поражение желудка: тяжесть в эпигастрии, поносы как следствие анацидного состояния;
  - данных осмотра: бледность, желтушный оттенок кожи как результат гемолиза эритроцитов, малиновый язык;
  - умеренное увеличение печени, болезненность при пальпации в эпигастрии; субфебрильная лихорадка.

При данной анемии идет мегалобластный тип кроветворения. Эритроциты большие, ядерные, легко разрушаются с развитием гемолиза. Анемия гиперхромная.

Основной клинический синдром – анемический, при этом вследствие гипоксемии развивается гипоксия, в первую очередь, мозга и сердца.

2. Дополнительные обследования для подтверждения диагноза:
  - общий анализ крови (гиперхромная анемия, наличие мегалоцитов), анизоцитоз, пойкилоцитоз;
  - ФГС желудка, рентгенологическое исследование желудка (наличие атрофического гастрита);
  - фракционное исследование желудочного сока (анацидное состояние);
  - биохимическое исследование крови на билирубин;
  - осмотр невропатолога.
3. Принципы лечения:
  - полноценное питание с обязательным включением в рацион мясных и молочных продуктов; очень полезна слегка обжаренная печень (источники витамина В<sub>12</sub>);
  - парентеральное введение цианокобаламина под контролем показателей крови; обязательная поддерживающая терапия витамином В<sub>12</sub> в течение всей жизни пациента;
  - при глубокой анемии – трансфузии эритроцитарной массы, плазмозаменителей.
4. Действия фельдшера. Обязательное быстрое обращение к терапевту для решения вопроса о госпитализации в терапевтическое отделение.
5. Подготовка в рентгенологическому исследованию желудка. Данное исследование позволяет определить форму, величину, подвижность желудка, состояние внутренней оболочки (наличие ядов, опухоли и др.):
  - за 2-3 дня до исследования – безшлаковая диета (исключить черный хлеб, молоко, овощи, сахар, фрукты);
  - последний прием пищи – не позднее 20.00 накануне;
  - если у пациента запоры, то вечером накануне и за 2 часа до исследования – очистительные клизмы. При наличии самостоятельного регулярного стула клизмы не ставят;
  - исследование проводят утром натощак.

### Задача № 7

Вы работаете на ФАПе. Вызваны к женщине 22 лет, которая жалуется на подъем температуры до 39 градусов, ознобы, потливость; снижение аппетита, боли в костях, в животе, головные боли, носовые кровотечения. Заболела остро, подобные симптомы нарастали в течение недели. Причину указать не может.

Объективно: кожные покровы бледные, на коже – «синяки». Лимфоузлы плотные, подмышечные увеличены (размеры от грецкого ореха до куриного яйца), они плотные, безболезненные, не спаяны между собой. Тоны сердца глухие. Пульс=90 ударов в минуту, слабый, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, хрипов нет.

Слизистые полости рта рыхлые, легко кровоточат. Миндалины увеличены, рыхлые. Живот мягкий, чувствителен в правом и левом подреберьях. Печень и селезенка выступают из-под реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное, моча розового цвета. Голени пастозны.

### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Осуществите туалет наружных половых органов у женщины.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый лейкоз, предположительный диагноз поставлен на основании клинических данных: геморрагический синдром, лихорадка, лимфаденопатия, синдром микробной интоксикации, отсутствие указания на возможную причину заболевания в анамнезе.

При данном заболевании резко нарушаются процессы созревания клеток красного костного мозга, угнетается нормальный гемопоэз с развитием анемии, кровотечений, иммунодефицита. Появляются метастазы, опухоли во внутренних органах, сосудах суставов, коже и т.д.

2. Дополнительные обследования, подтверждающие диагноз:
  - общий анализ крови: появление бластемии, цитопении;
  - стерильная пункция для уточнения характера кроветворения на уровне красного костного мозга.
3. Возможные осложнения:
  - гнойно-септические осложнения в результате иммунодефицита (пневмонии, пиелонефрит, септицемия, септикопиемия);
  - вторичная анемия в результате геморрагического диатеза;
  - сердечная и дыхательная недостаточность, токсический гепатит;
  - поражение нервной системы как результат лейкозной инфильтрации (менингеальные симптомы, парезы, радикулоневриты и т.д.).
4. Действия фельдшера в отношении данной пациентки.  
Обязательная срочная госпитализация пациентки в онкологический стационар (терапевтическое отделение) ЦРБ. В связи с тяжелым состоянием больной транспортировать санитарным транспортом в присутствии врача. Данная больная в дальнейшем должна быть госпитализирована в областную (республиканскую) больницу.
5. Туалет наружных половых органов у женщин:
  - 1) приготовить кувшин с антисептическим раствором (слаборозовый раствор перманганата калия), корнцанг, марлевые салфетки, клеенку, судно;
  - 2) пациентку уложить на спину, ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены;
  - 3) постелить клеенку и поставить на нее судно;
  - 4) встать справа от больной и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лить антисептический раствор на половые органы, а салфеткой производить движения от половых органов к анусу. Салфетку необходимо менять после каждого такого движения.
  - 5) сухой салфеткой осушить кожу промежности в том же направлении;
  - 6) убрать судно и клеенку.

### **Задача № 8**

Вы работаете на ФАПе. К вам обращается женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, чувство жара, потливость, мышечную слабость, снижение массы тела несмотря на повышенный аппетит, чувство внутренней дрожи, раздражительность, бессонницу.

Объективно: больная возбуждена, плаксива. Питание понижено. Кожные покровы розовой окраски, на ощупь теплые, влажные, эластичные. Экзофтальм. Изменение формы шеи.  $T=37,3^{\circ}$ . Тоны сердца громкие, аритмичные.  $PS=92$  в минуту, хороших свойств. АД = 140/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – частые поносы.

#### **ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.
4. Определите ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациента к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

#### **Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: диффузный токсический зоб – это болезнь, обусловленная избыточной секрецией тиреоидных гормонов ( $T_3$  и  $T_4$ ) диффузно увеличенной щитовидной железой.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб: сердцебиение, потливость, чувство жара, мышечную слабость, повышенный аппетит, похудание, симптомы поражения ЦНС – раздражительность, бессонница, чувство внутренней дрожи, плаксивость, поносы;
- данных общего осмотра: теплая, влажная, бархатистая кожа; увеличение щитовидной железы на глаз; наличие пучеглазия;
- симптомов поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, повышение АД за счет систолического, громкие сердечные тоны, наличие аритмии сердца;
- субфебрилитет.

Все эти симптомы подтверждают наличие тиреотоксикоза. Чаще болеют женщины.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза:
  - наличие глазных симптомов: симптом Грефе – отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз; симптом Штельвага – редкое мигание; симптом Краузе – блеск глаз; симптом Мебиуса – нарушение конвергенции глазных яблок;
  - определение содержания  $T_3$  и  $T_4$  в сыворотке крови;
  - радиоизотопное исследование щитовидной железы;
  - ЭКГ.

### 3. Возможные осложнения заболевания:

- тиреотоксический криз, тиреотоксическая миокардиодистрофия;
- помутнение роговицы, атрофия глазных мышц;
- сдавление органов шеи и средостения увеличенной щитовидной железой (нарушение речи, глотания и т. д.).

### 4. Действия фельдшера.

Рекомендовать в ближайшие дни обратиться к терапевту (эндокринологу) для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении.

Учитывая выраженные явления тиреотоксикоза, больная нуждается в стационарном лечении.

### 5. Подготовка к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

За 30-50 дней до исследования отменяют все йод и бром-содержащие препараты, антитиреоидные, гормональные, седативные средства, смазывание кожи спиртовой настойкой йода, проведение рентгенконтрастных исследований с помощью йод-содержащих контрастных веществ. Из рациона питания исключить морские продукты, хурму, орехи, минеральную воду.

Исследования проводят в два этапа: через 2 часа и 24 часа после введения радиоизотопов йода ( $J^{131}$ ).

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

### **Задача 1**

Больная Д., 50 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### ***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику подсчета ЧДД.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Ревматоидный артрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- ноющие боли в мелких суставах, чувство скованности и тугоподвижности;
- постепенное начало заболевания;

2) объективные данные : субфебрильная температура;

- при осмотре: деформация мелких суставов кистей;
- при пальпации: болезненность и ограничение движения в мелких суставах кистей;

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора, рентгенография суставов: сужение суставной щели, разрежение костной ткани, появление узур и эрозий.

3. Стойкая деформация суставов, ведущая к инвалидности, поражение внутренних органов (почек, сердца, легких)

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета разнообразная, высококалорийная

Нестероидные противовоспалительные препараты: индометацин, вольтарен, ортофен, бруфен, пироксикам, напросин

Кризанол, пеницилламин

При неэффективности или непереносимости этих препаратов применяют цитостатики (азатиоприн, циклофосфан, хлорбутин)

Местное применение димексида

Физиотерапия

Лечебная физкультура

Массаж

Санаторно-курортное лечение

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений. Стойкая деформация суставов может привести к утрате трудоспособности и переводу пациентки на группу инвалидности.

*Профилактика:*

- санация очагов хронической инфекции;
- устранение фактора переохлаждения;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- диспансерное наблюдение.

5. Техника подсчета ЧДД - согласно алгоритму действия.

## **Задача № 2**

Вы работаете на ФАПе. Обращается пациент 42 лет с жалобами на одышку при небольшой физической работе, сердцебиение, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, в ногах. В анамнезе – частые ангины.

Объективно: бледен, губы несколько цианотичны. Т=36,6°. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД=24 в минуту. Перкуторно левая граница сердца смещена кнаружи на 1,5-2 см. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум. PS=90 в минуту, АД=100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 1-1,5см, край ее ровный, плотноватый. Стул в норме. Отеки на стопах, голених.

### **ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных последствиях данного заболевания.
4. Определите ваши действия в отношении данного пациента.
5. Подготовьте все необходимое для подсчета водного баланса, объясните проведение данной манипуляции.

1. Можно предположить наличие у пациента ревматического порока сердца (недостаточность митрального клапана), в стадии декомпенсации.

Диагноз поставлен на основании:

- анамнеза (частые ангины);
- данных субъективного обследования (одышка, сердцебиение, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье), которые указывают на проявление хронической недостаточности кровообращения;
- данных объективного обследования:
  - а) бледность, наличие акроцианоза, данные аускультации легких, пальпации печени, наличие отеков – свидетельствуют о наличии недостаточности кровообращения;
  - б) ослабление I тона на верхушке и наличие здесь систолического шума; смещение кнаружи левой границы сердца – подтверждают наличие порока сердца.

Основной клинический синдром – синдром нарушения клапанного аппарата сердца (недостаточность митрального клапана); при этом во время систолы желудочков кровь устремляется не только в аорту, но и в левое предсердие.

Декомпенсация у пациента возникла в связи с ослаблением работы левого желудочка, что клинически проявилось симптомами недостаточности кровообращения.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза:

- УЗИ сердца, ФКГ, ЭКГ, общий анализ крови (исключить активность ревматизма).

3. Возможные последствия заболевания:

- прогрессирование сердечной недостаточности с возможными проявлениями отека легких;
- нарушения ритма и проводимости сердца;
- тромбозы в различные органы (почки, легкие и т.д.).

4. Действия фельдшера.

Обязательная срочная госпитализация санитарным транспортом в присутствии фельдшера в ЦРБ, или вызов «на себя» врача, с дальнейшей госпитализацией в терапевтическое отделение ЦРБ в присутствии врача..

5. Водный баланс – это соотношение между количеством принятой и выделенной из организма жидкости.

Для подсчета водного баланса готовят:

- 1) 0,5 л банку (градуированный сосуд), лежащему больному – судно;
- 2) лист учета водного баланса.

Объясняют, что в 6.00 больной мочится в унитаз, а последующие мочеиспускания (до 6.00 следующего дня) осуществляет в банку (судно). Медсестра подсчитывает количество выделенной за сутки мочи и другой жидкости (жидкий стул, рвотные массы, обильная мокрота, обильное потоотделение), а также количество принятой жидкости (фрукты и овощи за 100%).

## **АЛЛЕРГОЛОГИЯ**

### **Задача 1**

К фельдшеру обратился мужчина 32 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2-й день.

Объективно: температура 37,1<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы .

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острая крапивница.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

- сильный кожный зуд, появление волдырей;
- связь заболевания с употреблением рыбы;

2) объективные данные :

- субфебрильная температура ;
- при осмотре: волдырная сыпь по всему телу на гиперемированном фоне кожи .

2. Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов. Аллергологические тесты. Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, исследование кала для выявления гельминтозов.

3. Переход в хроническую форму.

4. Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

Диета молочно-растительная, бессолевая.

Очистительная клизма.

Антигистаминные препараты: супрастин, димедрол, пипольфен.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при выявлении причины пищевой аллергии.

*Профилактика:*

- исключение из питания продукта, вызвавшего аллергическую реакцию;
- своевременное выявление и эффективное лечение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- проведение дегельминтизации .

5. Техника постановки очистительной клизмы - согласно алгоритму действия.

#### **Задачи по оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях**

##### **Задача 1**

В здравпункт обратился пациент 45 лет. Жалобы на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идет ремонт).

Объективно: пациент занимает вынужденное положение – сидит опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Перкуторный звук коробочный. В легких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 96 уд./мин.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Приступ бронхиальной астмы (средней степени тяжести).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- расстегнуть стесняющую одежду и создать доступ свежего воздуха, чтобы облегчить состояние пациента;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- организовать прием препарата при наличии ингалятора у пациента для уменьшения бронхоспазма (1-2 вдоха беротека, сальбутамола);
- ввести адреналин 0,1% раствор 0,2-0,4 мл п/к для устранения бронхоспазма (через 1-2 часа при необходимости инъекцию можно повторить);
- ввести один из бронходилататоров с бронхолитической целью (при отсутствии эффекта от вышеуказанных препаратов):
  - эуфиллин 2,4% раствор 10 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
  - дипрофиллин 10 % раствор 5 мл в/м;
- ввести один из антигистаминных препаратов с десенсибилизирующей целью:
  - тавегил 1-2 мл в/м;
  - супрастин 2% раствор 1 мл в/м;
  - пипольфен 2,5 % раствор 1-2 мл в/м;



- димедрол 1% раствор 1 мл в/м;
- ввести один из сердечных гликозидов при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности для урежения ритма и усиления сократительной способности миокарда:
  - строфантин 0,05% раствор 0,3-0,5 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
  - коргликон 0,06% раствор 0,5-1 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
- ввести преднизолон 30 мг в/м (он способствует стабилизации лизосомальных мембран, облегчает отдачу кислорода тканям, расширяет периферические артерии и повышает тонус периферических вен);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- вызвать “Скорую помощь” и госпитализировать пациента в терапевтическое отделение ЛПУ при невозможности купировать приступ.

3. Студент демонстрирует технику применения карманного ингалятора.

### **Задача 2**

Фельдшер “Скорой помощи” был вызван на дом к мужчине 25 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение двух месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,2<sup>0</sup>-37,4<sup>0</sup>. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.

Объективно: кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания. Перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено. ЧДД 32 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о технике сбора мокроты на ВК.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Развился пневмоторакс у больного туберкулезом легких.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- придать пациенту удобное положение сидя, чтобы облегчить дыхание;
- расстегнуть стесняющую одежду, создать доступ свежего воздуха, чтобы улучшить состояние больного;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести анальгин 50% раствор 2 мл, димедрол 1% раствор 1,0 мл в/м или в/в для купирования боли (препараты можно смешивать в одном шприце). Димедрол потенцирует действие анальгина;
- дать один из противокашлевых препаратов для уменьшения кашля:
  - кодеин 0,015 (1 таблетка);
  - дионин 0,015 (1 таблетка);
- ввести один из вазопрессоров для повышения АД:
  - кофеин 10% раствор 1 мл п/к;
  - кордиамин 1 мл п/к;
  - мезатон 1% раствор 1 мл п/к;
  - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает о технике сбора мокроты на ВК.

### **Задача 3**

Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к больной 40 лет, которая жалуется на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением “ржавой” мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39<sup>0</sup>. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8<sup>0</sup>. Кожные покровы бледные, влажные, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЧДД 32 в мин.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. У больной с крупозной пневмонией развился коллапс.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- вытереть насухо пациента и поменять нательное и постельное белье;
- уложить горизонтально, голову несколько опустить ниже туловища, чтобы улучшить приток крови к голове и уменьшить гипоксию. Пациента укрыть одеялом;
- ввести один из вазопрессоров для повышения АД:
  - кофеин 10% раствор 1мл п/к;

- кордиамин 1 мл п/к;
- мезатон 1% раствор 1 мл п/к;
- ввести преднизолон 30 мг в/м (для поддержания АД на нормальном уровне);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в терапевтическое отделение ЛПУ для лечения крупозной пневмонии.

3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

#### **Задача 4**

После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть. На дом был вызван фельдшер “Скорой помощи”.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия.

##### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый инфаркт миокарда осложнился кардиогенным шоком.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- уложить пациента горизонтально, приподнять (под углом 15-20<sup>0</sup>) нижние конечности для увеличения притока крови к головному мозгу. Показан строгий постельный режим;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести 10000 ЕД гепарина в/в струйно, а затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч. Гепарин помимо антикоагулянтного оказывает обезболивающее, противовоспалительное и ангиогенное действия;
- ввести для купирования болевого синдрома следующие препараты:
  - промедол 2% раствор 1 мл ввести в/в медленно, в 2 этапа. Действие начинается через 3-5 мин. и продолжается около двух часов. Промедол обладает относительно слабым обезболивающим эффектом;
  - анальгин 50% раствор 2-5 мл ввести в/в. Болеутоляющая активность анальгина выражена недостаточно, но он потенцирует действие наркотических анальгетиков (особенно на фоне артериальной гипотензии);
  - кеталар (кетамин) 50 мг ввести в/в капельно в сочетании с 10 мг диазепама в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида (начинать вводить со скоростью 50-60 кап./мин. и снижать по мере наступления эффекта);
  - закись азота целесообразно применять только в качестве дополнения к нейролептанальгезии. Обезболивание закисью азота должно начинаться с ингаляции чистого кислорода в течение 5 мин., после чего подается закись азота с кислородом в соотношении 3:1, а затем 1:1, в заключение необходима ингаляция чистым кислородом в течение 5 мин.;
- ввести реополиглюкин в/в капельно, суточная доза 20 мл/кг. Препарат способствует переходу интерстициальной жидкости в сосудистое русло, снижает вязкость крови, агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, значительно улучшает микроциркуляцию;
- ввести для повышения АД один из предложенных препаратов:
  - дофамин 200 мг (5 мл). Препарат развести в 400 мл 5% раствора глюкозы и ввести в/в капельно, начиная со скорости 2-4 мкг/(кг·мин.);
  - норадреналин 0,2% раствор в 500 мл 5% раствора глюкозы вводить в/в капельно со скоростью 4 мкг/мин. Норадреналин быстро теряет активность, поэтому для его стабилизации в раствор добавляют 0,5 г/л аскорбиновой кислоты. Норадреналин не увеличивает ЧСС. (Для лечения кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда адреналин менее пригоден, так как повышает потребность миокарда в кислороде);
- ввести 60-90 мг преднизолона в/в струйно или капельно. Гормоны способствуют стабилизации лизосомальных мембран, облегчают отдачу кислорода тканям, расширяют периферические артерии и повышают тонус периферических вен;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в ПИТ кардиологического отделения после стабилизации состояния.

3. Студент рассказывает технику снятия ЭКГ.

#### **Задача 5**

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к фельдшеру здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

##### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипертензивный криз I типа (адреналовый или нейровегетативный).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечить горизонтальное положение с приподнятым головным концом, чтобы уменьшить приток крови к голове;
- обеспечить полный физический и психический покой;
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
- ввести для снижения АД один из препаратов:
  - клофелин (клонидин) 0,15 мг внутрь или сублингвально, затем по 0,075 мг через 1 час (помимо основного гипотензивного действия клофелин обладает обезболивающей и седативной активностью);
  - коринфар (нифедипин) 10 мг под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. (препарат обладает гипотензивной, антиангинальной, антиаритмической активностью). Возможно сочетание этих препаратов;
  - лабеталол внутрь по 100 мг через 1 час (обладает выраженным гипотензивным эффектом);
  - дибазол 1% раствор 2-8 мл в/в или в/м (препарат обладает гипотензивным, сосудорасширяющим, спазмолитическим эффектом. Улучшает регионарный кровоток в головном мозге, сердце, почках);
- ввести лазикс 1-3 мл в/м или в/в медленно для усиления гипотензивного действия;
- дать анаприлин 20-40 мг под язык или внутрь при сохраняющейся тахикардии;
- ввести диазепам 5-10 мг внутрь, в/м, либо дроперидол 2,5-5 мг в/в медленно для снижения эмоционального напряжения;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента.

3. Студент демонстрирует технику в/в инъекций.

### **Задача 6**

Ночью бригада “Скорой помощи” вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Сердечная астма у больного с постинфарктным кардиосклерозом.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- снять ЭКГ для исключения повторного инфаркта миокарда;
- усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу);
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
- наложить на конечности венозные жгуты на 10-15 мин. и дать 1 таблетку нитроглицерина под язык (это позволит уменьшить приток крови к сердцу);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии (пропустить кислород через аппарат Боброва, где находится 70<sup>0</sup> спирт);
- дать внутрь 20-40 мг фуросемида или ввести в/м 1-2 мл лазикса (в первые 30 мин после инъекции препарата расширяются периферические сосуды, а через 1-2 часа увеличивается диурез, тем самым уменьшаются застойные явления в малом круге кровообращения);
- ввести морфин 1% раствор 1 мл в/в медленно в 2-3 этапа при угрозе развития отека легких. Сначала в течение двух минут осуществляется вливание 0,5 мл препарата, затем при необходимости и отсутствии нарушений дыхания или других побочных эффектов медленно вводят оставшиеся 0,5 мл морфина (морфин в результате угнетения дыхательного центра уменьшает одышку, устраняет тревогу и страх. Возможно усиление активности рвотного центра);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в ПИТ кардиологического отделения ЛПУ;

3. Студент демонстрирует технику оксигенотерапии.

### **Задача 7**

После значительной физической нагрузки мужчина 35 лет стал отмечать давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, руку. Боль сопровождалась резкой слабостью, чувством нехватки воздуха, страхом смерти и продолжалась 15 мин. Во время приступа пациент обратился к фельдшеру ФАП.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 80 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. ИБС. Стенокардия напряжения.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить удобно пациента с опущенными ногами, что уменьшает венозный возврат крови к сердцу;
- дать сублингвально 1 таблетку нитроглицерина или 3-4 капли нитроглицерина на сахар или под язык. (Нитроглицерин расширяет коронарные сосуды, уменьшает венозный возврат крови к сердцу, улучшает метаболические процессы в миокарде, уменьшает потребность миокарда в кислороде. Эффективность нитроглицерина уменьшается, если его принимать лежа, увеличивается, когда больной стоит или сидит. Нитроглицерин очень нестоек при хранении и легко разрушается под действием тепла, света, воздуха). При необходимости можно принять еще 1-2 таблетки нитроглицерина с интервалом 2-3 мин. (следить за АД);
- ввести для нормализации АД один из препаратов:
  - клофелин 0,15 мг внутрь или под язык;
  - коринфар 10 мг под язык;
  - лабеталол 100 мг внутрь;
- ввести анальгин 50% раствор 2-5 мл с дроперидолом 5 мг или диазепамом в/в. Более эффективно дробное (за 2-3 приема) в/в введение промедола 2% раствора 1-2 мл с 5 мг дроперидола или диазепама (для купирования болевого синдрома);
- дать больному разжевать 0,25 г ацетилсалициловой кислоты или в/в ввести 5000-10000 ЕД гепарина для предупреждения образования тромбов (при затянувшемся приступе стенокардии);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ, если приступ не купирован.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

### **Задача 8**

Мужчина, 38 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Для исключения инфаркта миокарда фельдшер сняла пациенту ЭКГ, где обнаружила изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику внутримышечных инъекций.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый инфаркт миокарда, абдоминальный вариант:

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечить физический и эмоциональный покой (строгий постельный режим);
- обеспечить ингаляцией увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- провести полноценное обезболивание одним из указанных препаратов:
  - морфин 1% раствор 1 мл вводить в/в медленно в 2 этапа. В течение 2 мин. ввести 0,5 мл препарата, при необходимости и отсутствии нарушений дыхания медленно ввести еще 0,5 мл (морфин обладает мощной анальгетической активностью, вызывает чувство эйфории и дилатацию периферических артерий и вен);
  - фентанил 0,005% раствор вводить в/в в дозе 2 мл в два этапа. При массе тела меньше 50 кг ввести 1 мл препарата. Фентанил обладает мощной, быстро развивающейся, но непродолжительной обезболивающей активностью (действие препарата начинается через 1 мин., достигает максимума через 3-7 мин., но продолжается не более 25-30 мин. (необходимо следить за АД);
  - промедол 2% раствор 1-2 мл в/в медленно;
  - дроперидол 2,5-5 мг в/в медленно;
  - анальгин 50% 2-5 мл в/в;
  - закись азота целесообразно применять только в качестве дополнения к нейролептанальгезии. Обезболивание закисью азота должно начинаться с ингаляции чистого кислорода в течение 5 мин., после чего подается закись азота с кислородом в соотношении 3:1, а затем 1:1, в заключение необходима ингаляция чистым кислородом в течение 5 мин.;
- ввести гепарин 10000 ЕД в/в капельно или дать больному разжевать ацетилсалициловую кислоту 0,25 г для восстановления коронарного кровотока;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать больного в ПИТ кардиологического отделения ЛПУ после стабилизации состояния.

3. Студент демонстрирует технику внутримышечных инъекций.

### **Задача 9**

Фельдшер “Скорой помощи” был вызван на дом к пациенту 58 лет, который жаловался на резко возникшую одышку, выраженную слабость, неприятные ощущения в области сердца и неритмичные сокращения сердца. В анамнезе ревматизм, стеноз левого атриоventрикулярного отверстия. Состояние развилось после психоэмоциональных переживаний.

Объективно: кожные покровы умеренно цианотичные. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, выслушивается диастолический шум. ЧСС 140 в мин. Пульс 120 уд./мин., нерегулярный, АД 120/80 мм рт.ст.

На ЭКГ: отсутствие зубцов P; наличие волн ff в отведениях V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>; интервалы R-R нерегулярные.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи, обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. У больного с ревматизмом и стенозом левого венозного отверстия развился приступ тахисистолической формы мерцательной аритмии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- придать удобное положение сидя;
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести один из препаратов для восстановления синусового ритма:
  - новокаинамид 10% раствор вводить в/в струйно со скоростью 1 мл в мин. или по 2 мл через 5 мин. до купирования аритмии. Суммарная доза препарата не должна превышать 10 мл. При снижении АД новокаинамид вводят из одного шприца с 0,25-0,5 мл 1% раствора мезатона или 0,1-0,2 мл 0,2% раствора норадrenalина;
  - строфантин 0,05 % раствор 0,5-1,0 мл в 100 мл 5% раствора глюкозы в/в капельно с добавлением 10 мл панангина;
  - дигоксин 0,025% раствор 1-2 мл в/в капельно в 100 мл 5% раствора глюкозы;
  - можно очень медленно в/в струйно ввести дигоксин или строфантин в указанных выше дозах в 10 мл 5% раствора глюкозы с 10 мл панангина;
- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать больного в терапевтическое отделение ЛПУ при отсутствии эффекта;

3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

#### **Задача 10**

Фельдшера “Скорой помощи” вызвали на дом к пациенту 45 лет, который болен уже 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39<sup>0</sup>, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пенная кровь в большом количестве, и была вызвана бригада “Скорой помощи”.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких при аускультации выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания. Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Определите Rh-принадлежность крови экспресс-методом в пробирке.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Абсцесс легкого, осложненный легочным кровотечением.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- сократите разговор с пациентом до минимума с целью уменьшения кровотечения;
- придайте пациенту возвышенное, полусидячее положение, ко рту поднесите лоток;
- поверните голову пациента на бок во избежание аспирации кровяных сгустков и асфиксии;
- дайте воды со льдом с целью сужения сосудов и уменьшения притока крови к легким;
- осуществите гемостаз, который следует начинать с введения ингибиторов протеаз и аминокaproновой кислоты:
  - 10000-20000 ЕД контрикала (трасилола) развести в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия и ввести в/в капельно, затем через ту же иглу -- 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты. Одновременно п/к ввести 1 мл 0,1% раствора атропина. Антипротеазные препараты ингибируют активность протеолитических ферментов и тем самым предупреждают дальнейший распад пораженной легочной ткани. Аминокaproновая кислота, угнетая фибринолитическую активность крови, действует кровоостанавливающе. Атропин расширяет сосуды органов брюшной полости, в результате в них накапливается много крови и уменьшается кровонаполнение легких. Данные препараты можно вводить повторно;
  - ввести хлористый кальций 10% раствор 10 мл в/в (действие препарата 5-6 часов, инъекцию можно повторить) или глюконат кальция 10% раствор 10 мл в/в медленно (2-3 мин). Ампулу с раствором перед введением подогреть до температуры тела. Хлористый кальций и глюконат кальция необходимы для уплотнения стенки кровеносных сосудов и понижения их проницаемости;
  - ввести викасол 1% раствор 1-1,5 мл в/м (один раз в день). Викасол участвует в образовании тромбов и способствует нормализации свертывания крови (действие викасола начинается через 12-18 часов);
- ввести в/в медленно эуфиллин 2,4% раствор 10 мл с 10 мл изотонического раствора хлорида натрия. Эуфиллин уменьшает давление в сосудах малого круга кровообращения;
- контроль за АД, PS для оценки состояния пациента;

- госпитализировать пациента в отделение грудной хирургии.

3. Студент определяет Rh-принадлежность крови экспресс-методом в пробирке.

### **Задача 11**

К фельдшеру здравпункта обратился мужчина 28 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают “кофейную гущу”. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области эпигастрия. Пульс 98 уд./мин. АД 100/70 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о подготовке больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся желудочным кровотечением.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечьте физический и психологический покой пациенту;
- положите пузырь со льдом на область желудка с целью сужения сосудов и уменьшения кровотечения;
- введите в/в медленно хлористый кальций 10% раствор 10 мл или глюконат кальция 10% раствор 10 мл (ионы кальция необходимы для свертывания крови);
- введите в/м викасол 1% раствор 1-1,5 мл с целью гемостаза (препарат начинает действовать через 12-18 часов);
- введите в/в капельно 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия 100 мл;
- контроль АД, пульсом для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает о подготовке больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

### **Задача 12**

Вызов на дом бригады «Скорой помощи». Мужчина, 47 лет, 4 года назад перенес вирусный гепатит. В настоящее время жалуется на слабость, повышенную утомляемость, тяжесть в области правого подреберья, кожный зуд и желтушность кожных покровов, похудел за год на 5 кг, в последние дни заметил увеличение живота и уменьшение количества суточной мочи. Сегодня была 3 раза рвота и рвотные массы напоминали “кофейную гущу”.

Объективно: кожные покровы иктеричные, малиновый “печеночный язык”, ладони гиперемированы. Живот увеличен в объеме, на передней поверхности живота видна сеть расширенных подкожных сосудов (“голова медузы”). Печень увеличена на 5 см, при пальпации безболезненная. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Выявите признаки непригодности крови к переливанию.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Цирроз печени осложнился кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- сократить до минимума разговор с больным;
- придать пациенту возвышенное, полусидячее положение, ко рту поднесите лоток;
- запретить прием пищи;
- ввести 15-20 ЕД питуитрина на 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 20 мин., с повторным введением через 30 мин. в дозе 5-10 ЕД на 20 мл раствора глюкозы для снижения портального давления;
- ввести 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты с гемостатической целью;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в хирургическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает признаки непригодности крови к переливанию.

### **Задача 13**

На ФАП к фельдшеру обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные боли в поясничной области справа, боль irradiровала в паховую область, правое бедро. Мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями. Моча красного цвета.

Объективно: пациент возбужден, мечется от болей. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Пульс 100 уд./мин. АД 150/80 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику сбора мочи по Нечипоренко.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Мочекаменная болезнь, осложнившаяся почечной коликой.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

- положить на поясничную область справа грелку или сделать больному общую теплую ванну с целью снять спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей;
- ввести для купирования болевого синдрома в/м или в/в баралгин 5 мл, анальгин 50% раствор 2 мл или атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл п/к;
- ввести омнопон 2% раствор 1 мл или промедол 2% раствор 1 мл или морфин 1% раствор 1 мл подкожно или внутривенно (для купирования болевого синдрома). Наркотические анальгетики показаны только при отсутствии симптомов «острого живота» и при неэффективности вышеуказанных препаратов;
- ввести платифиллин 0,2% раствор 1 мл п/к или раствор но-шпы 2-4 мл или папаверин 2% раствор 2 мл в/м (с целью снять спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента.
- госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает технику сбора мочи по Нечипоренко.

#### **Задача 14**

Молодая женщина обратилась к фельдшеру здравпункта с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38<sup>0</sup>. Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, глаза почти закрыты, язык не умещается во рту. Пульс 110 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Составьте набор хирургических инструментов для трахеостомии.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Отек Квинке.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- отменить гентамицин;
- введите один из антигистаминных препаратов (эти препараты обладают противогистаминной активностью, их можно вводить в/в на 10-15 мл изотонического раствора хлорида натрия):
  - пипольфен 2,5% раствор 1-2 мл в/м;
  - тавегил 0,1% раствор 1-2 мл в/м;
  - димедрол 1% раствор 1-2 мл в/м;
  - супрастин 2% раствор 1-2 мл в/м;
- введите преднизолон 30-90 мг в/м или в/в или гидрокортизон 50-150 мг в/м или в/в (глюкокортикостероиды оказывают десенсибилизирующее, антиаллергическое и противовоспалительное действие);
- госпитализировать в ЛОР отделение ЛПУ (возможен отек гортани).

3. Студент составляет набор хирургических инструментов для трахеостомии.

#### **Задача 15**

Молодая женщина 28 лет обратилась к фельдшеру здравпункта. В анамнезе тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).

Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища, слабость, головокружение, жажду, шум в ушах.

Объективно: кожные покровы бледные, на коже конечностей, туловища имеются кровоизлияния в виде кровоподтеков и синяков. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Определите группу крови с помощью стандартных гемагглютинирующих сывороток.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Тромбоцитопеническая пурпура, осложненная маточным кровотечением.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- ввести в/в 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия (с целью гемостаза);
- ввести одно из средств, улучшающих адгезивно-агрегационные функции тромбоцитов:
  - адроксон 0,025% раствор 1 мл в/м или п/к;
  - этамзилат (дицинон) 12,5% раствор 2-4 мл в/м или в/в;
  - пантотенат-кальция 10% раствор 2-4 мл в/м;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в гинекологическое отделение ЛПУ.

3. Студент определяет группу крови с помощью стандартных гемагглютинирующих сывороток.

#### **Задача 16**

Мужчина 29 лет обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на выделение крови из носа в течение 15 мин., слабость, головокружение, тошноту, сердцебиение. В анамнезе гемофилия.

Объективно: кожные покровы бледные. Пульс ритмичный, 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Из носа струйкой вытекает кровь.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте внутривенное капельное введение жидкости.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Носовое кровотечение у больного гемофилией.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить пациента, успокоить;
- затампонировать носовую полость носа или оросить ее холодным раствором тромбина, протромбина, аминокaproновой кислоты или адроксона для прекращения кровотечения;
- дать внутрь аминокaproновую кислоту 0,1-0,2 г/кг массы тела с целью гемостаза;
- ввести в/в струйно антигемофильные средства: концентрат фактора VIII или криопреципитат;
- перелить плазму 15-20 мл/кг в/в струйно;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- направить срочно пациента в гематологическое отделение, если кровотечение остановить не удалось.

3. Студент демонстрирует внутривенное капельное введение жидкости.

#### **Задача 17**

К фельдшеру ФАП обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Пароксизмальная тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- уложить пациента, успокоить;
- снять ЭКГ для уточнения диагноза;
- выяснить тактику лечения предыдущих приступов для определения лечебной тактики;
- для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо:
  - провести стимуляцию блуждающего нерва — энергичный массаж области каротидного синуса, попеременно справа и слева по 15-20 сек. под постоянным контролем пульса (массаж области каротидного синуса противопоказан пожилым людям из-за опасности травмы сосуда и людям, перенесшим инсульт);
  - заставить пациента во время глубокого вдоха натуживаться и зажимать нос;
  - предложить пациенту проглотить «большой комок пищи»;
  - попросить пациента надавить на глазные яблоки в течение нескольких секунд;
  - предложить пациенту искусственно вызвать рвоту;
- ввести один из препаратов, если вышеуказанные мероприятия не дали желаемого результата:
  - АТФ 1-2 мл в/в быстро (2-5 сек.), струйно в 5 мл физиологического раствора;
  - изоптин 4 мл с 5 мл физиологического раствора в/в струйно;
  - новокаиномид 10 % раствор 5-10 мл в/в струйно;
  - строфантин 0,05% раствор 0,25-0,5 мл или дигоксин 0,025% раствор 1 мл с 10 мл физиологического раствора в/в медленно.
  - аймалин 2,5% раствор 2 мл в/в в 10 мл физиологического раствора (вводят медленно в течение 7-10 мин.);
  - кордарон 300-450 мг в/в медленно в 250 мл 5% раствора глюкозы;
  - этализин 2,5% раствор 2 мл в 20 мл физиологического раствора в/в очень медленно, контролируя АД;
  - обзидан в/в по 1 мг в течение 1-2 мин. (3-10 мг);
- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ (если приступ купировать не удалось).

3. Студент рассказывает технику снятия ЭКГ.

#### **Задача 18**

Бригада «Скорой помощи» вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39<sup>0</sup> в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание. Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах легкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

#### **Задания**



1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику проведения плевральной пункции.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Экссудативный плеврит.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациентки для определения лечебной тактики;
- придать пациентке удобное положение сидя, чтобы облегчить дыхание;
- обеспечить ингаляцию кислорода для уменьшения гипоксии;
- ввести для купирования болевого синдрома:
  - анальгин 50% раствор 1-2 мл с димедролом 1% раствор 1 мл в/м;
  - вольтарен 3 мл в/м или реопирин 5 мл в/м;
  - баралгин 5 мл в/м;
- для повышения АД ввести:
  - или кофеин 10% раствор 1-2 мл п/к;
  - или кордиамин 2 мл п/к;
  - или мезатон 1% раствор 0,5-1 мл п/к или в/м;
- дать внутрь 1 таблетку:
  - или кодеина (0,015г);
  - или дионина (0,01г);
  - или бромгексина (0,008г), с целью уменьшения кашля;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациентки;
- госпитализировать пациентку в пульмонологическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает технику проведения плевральной пункции.

#### **Задача 19**

Фельдшер «Скорой помощи» вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, расстройство сна, апатию, тревогу, чрезмерную поглывость, зевоту. Из анамнеза: 24 часа назад мужчина ел жареные грибы.

Объективно: пациент равнодушен к окружающему, эйфоричен. Кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику постановки очистительной клизмы.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Отравление бледной поганкой.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- промыть желудок через зонд независимо от времени употребления грибов, ввести солевое слабительное, активированный уголь или другой адсорбент в дозе 1 г/кг с целью выведения яда из организма;
- обеспечить ингаляцию кислородом для уменьшения гипоксии
- ввести детоксикационные средства:
  - 5% раствор глюкозы 1000 мл с инсулином 10-12 ЕД, 5% раствором аскорбиновой кислоты 10 мл, 5% раствором витамина В<sub>6</sub> 5 мл в/в капельно;
  - альбумин 200 мл 20% раствора в/в капельно;
  - гемодез 200-400 мл в/в капельно;
  - полюглокин 400 мл в/в капельно;
- ввести унитиол 5% раствор 5 мл в/м для нейтрализации яда;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента срочно в токсикологическое отделение или отделение реанимации с опытными специалистами по проведению гемосорбции, плазмафереза, гемодиализа, замещения крови.

3. Студент рассказывает технику постановки очистительной клизмы.

#### **Задача 20**

Фельдшер «Скорой помощи» вызван на дом к мужчине 53 лет. В анамнезе хронический алкоголизм. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи.

Объективно: опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 85/60 мм рт.ст.

Для исключения инфаркта миокарда фельдшер снял пациенту ЭКГ, где обнаружил изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый инфаркт миокарда, церебральный вариант.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечить строгий постельный режим;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести 10000 ЕД гепарина в/в струйно, а затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч. Гепарин помимо антикоагулянтного оказывает обезболивающее, противовоспалительное и ангиогенное действия;
- ввести реополиглюкин в/в капельно, суточная доза 20 мл/кг. Препарат способствует переходу интерстициальной жидкости в сосудистое русло, снижает вязкость крови, агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, значительно улучшает микроциркуляцию;
- ввести для повышения АД один из предложенных препаратов:
  - дофамин 200 мг (5 мл). Препарат развести в 400 мл 5% раствора глюкозы и ввести в/в капельно, начиная со скорости 2-4 мкг/(кг·мин.);
  - норадреналин 0,2% раствор в 500 мл 5% раствора глюкозы вводить в/в капельно со скоростью 4 мкг/мин. Норадреналин быстро теряет активность, поэтому для его стабилизации в раствор добавляют 0,5 г/л аскорбиновой кислоты. Норадреналин не увеличивает ЧСС. (Для лечения кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда адреналин менее пригоден, так как повышает потребность миокарда в кислороде);
- ввести 60-90 мг преднизолона в/в струйно или капельно. Гормоны способствуют стабилизации лизосомальных мембран, облегчают отдачу кислорода тканям, расширяют периферические артерии и повышают тонус периферических вен;
- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в ПИТ кардиологического отделения после стабилизации состояния.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

### **Задача 21**

Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином на фельдшерско-акушерском пункте. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (“как бы обдало жаром”), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Анафилактический шок.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- прекратить введение препарата для прекращения дальнейшего поступления аллергена в организм;
- обколоть место инъекции препарата 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина в 3-5 мл 0,9% раствора хлорида натрия, положить холод для уменьшения всасывания;
- уложить пациента на спину в положение по Тренделенбургу для улучшения кровоснабжения головного мозга;
- ввести 0,3-0,5-1 мл 0,1% раствора адреналина (в/в капельно в разведении 2,5 мкг/мл со скоростью 20-60 капель в мин., в/м или п/к) или 0,2% раствор норадреналина в половинной дозе в/в капельно в качестве кардиотонического вазоконстрикторного и бронходилатационного средства;
- ввести метилпреднизолон в дозе 1-50 мг/кг в зависимости от степени тяжести шока для восстановления капиллярного кровотока, стабилизации мембраны, предупреждения затяжного течения шока, устранения отека легких;
- обеспечить проведение ингаляции увлажненным кислородом для устранения гипоксии;
- наладить в/в инфузию плазмозаменителей (рео и полиглюкина, альбумина из расчета 1-4 мл/кг в первые 10 мин.) для увеличения объема циркулирующей крови;
- ввести десенсибилизирующие средства (дипразин, тавегил, супрастин в дозе 1-2 мг/кг в/в или в/м, циметадин 2 мл 10% раствора в/м) для уменьшения связывания гистамина с незанятыми гистаминовыми рецепторами. Использовать димедрол нежелательно, так как он сам освобождает гистамин;
- использовать 20-60 мл 30% раствора тиосульфата натрия с антиоксидантной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью;
- ввести 20 мл 2,4% раствора эуфиллина в течение 15-20 мин. при сохранении стойкого бронхоспазма при стабильной гемодинамике;
- осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в виду опасности повторного снижения АД.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

### **Задача 22**

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. 44 летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые

хрипы. Аускультация сердца затруднена. Пульс 120 уд./мин., аритмичен. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе порок сердца (митральный стеноз).

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить пациентку с опущенными с кровати ногами для уменьшения возврата крови к сердцу, обеспечить опору для спины и рук;
- наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15-20 мин, для разгрузки правых отделов сердца;
- аспирировать мокроту трахеальным катетером или электроотсосом для обеспечения проходимости дыхательных путей;
- провести оксигенотерапию через спирт или 10% раствор антифомсилана для нарушения стойкости пены, ее разрушения и прекращения дальнейшего образования. Можно использовать в/в инфузию 33<sup>0</sup> спирта от 5 до 10 мл;
- дать сублингвально 1-2 таблетки нитроглицерина с интервалом 15-20 мин. или ввести изокет (перлинганит) в/в капельно, следя за уровнем АД для гемодинамической разгрузки левого желудочка, уменьшения потребности миокарда в кислороде.
- ввести наркотические анальгетики и средства нейролептанальгезии - 1-1,5 мл 1% раствора морфина с 0,5 мл 0,1% раствора атропина (для устранения побочного ваголитического эффекта) в 10-15 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в медленно, дробными дозами из расчета 0,2-0,5 мл морфина каждые 5-10 мин. или фентанил 1-2 мл или дроперидол 1-4 мл в зависимости от систолического АД для уменьшения возбудимости дыхательного центра, снижения давления в сосудах малого круга кровообращения, депонирования крови в венах большого круга кровообращения;
- ввести в/в струйно по 2-10 мл 1% раствора лазикса в 0,9% растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы для увеличения диуреза, расширения емкости периферического сосудистого русла, снижения давления в капиллярах легких;
- ввести в/в струйно 1-2 мл 0,025% раствора дигоксина для удлинения диастолы и улучшения кровонаполнения левого желудочка;
- осуществлять контроль за АД, пульсом для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в стационар для лечения сердечной недостаточности после купирования отека легких.

3. Студент демонстрирует технику оксигенотерапии.

#### **Задача 23**

Фельдшер здравпункта вызван в цех предприятия к пациенту 60 лет. Он жалуется на внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови. Пациент предпочитает лежать. Кожа бледно-серая, цианотичная, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. ЧДД 40 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Систолический шум на легочной артерии. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Цианоз, гиперемия и отек левой голени, болезненность при пальпации вдоль сосудистого пучка.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.
3. Расскажите о правилах хранения ядовитых лекарств.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Тромбоэмболия легочной артерии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить тяжесть состояния пациента для определения дальнейшей тактики;
- обеспечить строгий постельный режим для предупреждения повторных эмболий;
- провести ингаляцию кислородом для устранения гипоксии;
- инъектировать 2% раствор промедола 1-2 мл, либо 2 мл 50 % раствора анальгина с 1 мл 1% раствора димедрола в/в с целью купирования боли и снятия рефлекторной бронхо- и вазоконстрикции. Введение дроперидола, фентанила, таламонала не показано ввиду снижения АД;
- наладить внутривенное введение плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин 400-800 мл) для увеличения объема циркулирующей жидкости;
- ввести в/в 0,5-1 мл 1% раствора мезатона, 60-90 мг преднизолона для подъема АД. При отсутствии эффекта в/в капельно ввести 1-2 мл 0,2% раствора норадrenalина или 200 мг допамина (он увеличивает сердечный выброс, не оказывая отрицательное влияние на периферическое сопротивление и церебральный кровоток);
- ввести в/в 15-30 тыс. ЕД гепарина из расчета 300-400 ЕД на 1 кг массы тела для прекращения тромбообразования и предотвращения роста тромба в системе нижней полой вены и эмбола в легочной артерии;
- ввести в/в 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 1 мл 0,025% раствора дигоксина, 0,5 мл 0,05% раствора строфантина или 1 мл 0,06% раствора коргликона для купирования сердечной и дыхательной недостаточности;
- осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациента;

- госпитализировать в реанимационное отделение, в положении лежа, для оказания неотложной помощи.

3. Студент рассказывает о правилах хранения ядовитых лекарств.

#### **Задача 24**

Мужчина 50 лет обратился на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки "немого" легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику взятия крови из вены.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Приступ бронхиальной астмы тяжелой степени (астматический статус).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить с упором на руки, расстегнув стесняющую одежду для облегчения дыхания;
- отменить прием бронходилататоров ввиду блокады рецепторов бронхов и опасности развития синдрома "рикошета";
- дать 30-40% увлажненный кислород для снижения гипоксии. Использование кислорода в более высоких концентрациях не целесообразно из-за чрезмерного высушивания слизистой оболочки дыхательных путей и ухудшения условий выделения углекислоты;
- ввести метилксантины (эуфиллин, аминофиллин). Эуфиллин вводят в/в сначала в дозе 5-6 мг/кг/час, затем в дозе 0,6-0,9 мг/кг массы тела в час до улучшения состояния с целью бронходилатации;
- начать введение больших доз глюкокортикоидов- гидрокортизон 7 мг/кг в/в струйно или капельно. Указанную дозу можно повторять каждые 8 часов. Глюкокортикоиды восстанавливают чувствительность В - адренорецепторов к адренергическим стимулам;
- осуществлять контроль за ЧДД, PS, АД, ЭКГ;
- госпитализировать в реанимационное отделение из-за опасности развития асистолии, фибрилляции желудочков и для полного купирования астматического статуса.

3. Студент демонстрирует технику взятия крови из вены.

#### **Задача 25**

У пациента, 18 лет, при заборе крови из вены на фельдшерско-акушерском пункте отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. Была кратковременная потеря сознания. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин. В горизонтальном положении у больного сознание быстро и полностью восстановилось.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику подкожной инъекции.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Вазодепрессорный обморок.

2. Алгоритм неотложной помощи:

- придать горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами, чтобы улучшить мозговое кровообращение;
- освободить от стесняющей дыхание одежды грудь и шею пациента для облегчения дыхания;
- обеспечить приток к пациенту свежего воздуха или вынести его из душного помещения на свежий воздух;
- обрызгать лицо холодной водой или обтереть влажным полотенцем, похлопать по щекам, дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса, растереть руками тело, конечности пациента для рефлекторного изменения тонуса сосудов;
- обложить грелками, дать выпить горячий чай;
- осуществлять контроль за PS, ЧДД, АД;
- ввести 10% раствор кордиамина или 10% раствор кофеина п/к или в/м для нормализации тонуса сосудов (если обморок затягивается);
- порекомендовать пациенту, избегать ситуации, в которых возникают обмороки.

3. Студент демонстрирует технику подкожной инъекции.

#### **Задача 26**

Вызов фельдшера скорой помощи на дом к пациенту 68 лет. В анамнезе ишемическая болезнь сердца. Отмечает незначительные боли в сердце, внезапно возникшее затруднение дыхания, кашель с выделением розовой мокроты. Состояние тяжелое, акроцианоз. ЧДД 36 в мин. Затруднены вдох и выдох. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 110 уд./мин. Мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. На ЭКГ широкий, глубокий зубец Q, сегмент St выше изолинии.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи, обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый инфаркт миокарда, астматическая форма.

## 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- создать физический и психический покой;
- усадить пациента, обеспечив опору для спины и рук и опустив ему ноги для уменьшения возврата крови к правым и левым отделам сердца;
- наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15-20 мин. для разгрузки правых отделов сердца;
- провести ингаляцию кислородом для устранения гипоксии;
- ввести вазодилататоры венозного типа - нитроглицерин сублингвально по 1-2 таблетки с интервалом в 15-20 мин. или 1% раствор нитроглицерина (перлинганита, изокета) в/в капельно со скоростью 8-10-15 капель в мин., следя за уровнем АД (систолическое АД не должно быть ниже 95-100 мм рт.ст.) или струйно дробно каждые 3-5 мин. из расчета 0,1-0,2 мл раствора (1 мл 1% раствора нитроглицерина или изокета + 20 мл 5% раствора глюкозы). Их вводят для обеспечения гемодинамической разгрузки левого желудочка, уменьшения потребности миокарда в кислороде;
- ввести наркотические анальгетики (1% раствор морфина + 0,5 мл 0,1% раствора атропина) с целью уменьшения возбудимости дыхательного центра, снижения давления в малом круге кровообращения, уменьшения возврата крови к сердцу и объема циркулирующей крови;
- ввести в/в струйно 2-10 мл 1% раствора лазикса в 10-15 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы для увеличения диуреза, расширения периферического сосудистого русла, снижения давления в капиллярах легких;
- следует отказаться от введения сердечных гликозидов у этого пациента, так как они увеличивают потребность миокарда в кислороде, способствуют нарушению атриовентрикулярной проводимости, провоцируют нарушения ритма, отрицательно влияют на диастолическую функцию миокарда и оказывают максимальное терапевтическое действие не ранее чем через 30-40 мин. после в/в инфузии;
- осуществлять контроль за АД, PS, ЭКГ, для оценки состояния пациента;
- госпитализировать больного в положении лежа в кардиологическое отделение после купирования отека легких.

## 3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

### **Задача 27**

Вызов фельдшера на дом. У мужчины 20 лет, состоящего на диспансерном учете с язвенной болезнью желудка, 60 мин. назад внезапно возникла острая боль в эпигастральной области. Боль иррадирует в правое плечо. Больной сидит на корточках, зажав руками живот. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс 60 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот втянут, напряжение мышц передней брюшной стенки, разлитая болезненность по всему животу. Зона печеночной тупости уменьшена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о подготовке больного к рентгеноскопии желудка.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Прободная язва желудка.

## 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- ввести зонд в желудок, отсосать его содержимое (не промывать!) для уменьшения попадания желудочного содержимого в брюшную полость;
- положить пузырь со льдом на эпигастральную область;
- ввести холинолитики (1 мл 0,1% раствора атропина в/м) для уменьшения секреции желудочного сока;
- провести в/в капельное вливание 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы в объеме 400-800 мл для детоксикации организма и стабилизации центральной гемодинамики;
- осуществлять контроль за PS, АД для оценки состояния гемодинамики;
- госпитализировать срочно в хирургический стационар для оперативного лечения (транспортировку проводить на носилках для профилактики резкого снижения АД).

## 3. Студент рассказывает о подготовке больного к рентгеноскопии желудка.

### **Задача 28**

К фельдшеру здравпункта обратилась пациентка 55 лет с жалобами на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после нарушения диеты (ела жаренные пирожки). Боли иррадируют в правую половину грудной клетки. Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френikus-симптом. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику проведения дуоденального зондирования.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Печеночная колика.

## 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

- запретить прием пищи ввиду возможного оперативного лечения, применить холод (местно) для уменьшения воспалительных изменений;
- ввести спазмолитики (0,5-1 мл 1% раствора атропина, 1-2 мл 2% раствора папаверина подкожно) для восстановления проходимости и моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей;
- организовать наблюдение в течение 20 мин. для контроля за состоянием пациента;
- госпитализировать в хирургический стационар для исключения синдрома острого живота, если приступ не купировался в течение 20 мин.

3. Студент демонстрирует технику проведения дуоденального зондирования.

### **Задача 29**

На фельдшерский пункт с улицы доставлен пациент. Он одет неопрятно, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. Т-36°. В контакт не вступает, реагирует на болевые раздражители движениями. Лицо пастозное, гиперемировано, симметричное. Видимых повреждений нет. Зрачки симметричные, слегка сужены, реакция их на свет снижена. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы сохранены. ЧДД 26 уд./мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд./мин. АД 105/60 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику промывания желудка.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Алкогольная кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- провести промывание желудка (кома является относительным противопоказанием для промывания желудка и необходимо убедиться, что зонд не находится в дыхательных путях), ввести солевое слабительное, активированный уголь через зонд для освобождения ЖКТ от отравляющего вещества;
- начать инфузионную терапию (реополиглюкин и полиглюкин, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, 4% раствор соды в/в) для выведения всосавшегося алкоголя из органов и тканей;
- ввести унитиола 5% - 10 мл, тиосульфата натрия 30% - 30-40 мл в/в для нейтрализации отравляющего вещества;
- ввести в/в манитол 15% (разовая доза 1-1,5 г/кг), лазикс 2-4 мл, оксibuтират натрия 10-20 мл, преднизолон 120-150 мг для борьбы с отеком мозга;
- провести оксигенотерапию для борьбы с гипоксией мозга;
- госпитализировать больного в токсикологическое отделение. Во время транспортировки проводить профилактику устранения острых дыхательных нарушений (аспирации рвотных масс, западения языка).

3. Студент демонстрирует технику промывания желудка.

### **Задача 30**

Молодая женщина, 35 лет, обратилась на прием к фельдшеру медпункта с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, повторную рвоту, подъем температуры, общую слабость, частый обильный, жидкий стул. Заболела 6 часов назад и связывает заболевание с употреблением в пищу омлета. Кожа бледная, холодный пот. Температура 38°. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд./мин. АД 100/80 мм рт.ст. Стул обильный, водянистый с примесью слизи и крови. Дефицит массы тела 9% (масса тела до заболевания 54 кг., при обращении 48 кг.).

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику взятия испражнений для бактериологического исследования.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Пищевая токсикоинфекция. Обезвоженность II степени. Острая сосудистая недостаточность (коллапс).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- назначить прием пищи в соответствии с аппетитом, дополняя недостающий объем питания спецрастворами;
- назначить в первые 2-4 часа для восстановления объема циркулирующей крови дробно внутрь “Глюкосолан”, “Регидрон”, “Цитроглюкосолан”, спецрастворы II поколения в дозе 10 мл/кг на 1% дефицита массы тела. На II этапе провести возмещение продолжающихся потерь жидкости (последовательно за одинаковый интервал времени, например, за 6 часов);
- начать, учитывая значительную потерю жидкости, в/в регидратацию в объеме 50% от общего объема жидкости, используя “Трисоль”, “Ацесоль”, “Хлосоль”, “Квартасоль”, “Лактасол”. Продолжительность терапии 2-4 часа. В первые 30 мин. ввести половинную дозу от инфузионного объема;
- ввести в/в медленно 0,5 мл 1% раствора мезатона в 40 мл изотонического раствора хлорида натрия для нормализации тонуса сосудов. Можно использовать кордиамин, кофеин;
- ввести в/в (в/м) преднизолон 30 мг для повышения АД;
- ввести в/в сердечные гликозиды (коргликон 0,06% -1мл, строфантин 0,05% - 1мл в 10 мл 0,09% раствора натрия хлорида) для предупреждения и ликвидации вторично возникающей сердечной недостаточности;
- проводить контроль эффективности регидратационной терапии. Об успешной терапии свидетельствуют увеличение массы тела на примерную величину дефицита, увеличение диуреза, нормализация АД и т.д.;
- госпитализировать при стабилизации состояния в инфекционный стационар.

3. Студент демонстрирует технику взятия испражнений для бактериологического исследования.

### **Задача 31**

Из населенного пункта в медпункт доставлен мужчина, 55 лет, с жалобами на усиление кашля, ощущения боли в грудной клетке и “теплой струи”. Пациент возбужден, испуган, бледен. Из рта выделяется розово-красная пенная кровь синхронно кашлевым толчкам с небольшой струйкой из носа. Питание снижено. Увеличение надключичных и подмышечных лимфатических узлов. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. В анамнезе рак легкого.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Легочное кровотечение. Геморрагический шок I степени.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
- успокоить больного-волнение и физическое напряжение могут усилить кровотечение;
- придать пациенту полусидячее положение в постели, чтобы облегчить отхаркивание и предупредить затекание крови в другое легкое. Дать специальную емкость для сбора отделяемого из ротоглотки;
- запретить разговаривать и курить;
- положить пузырь со льдом на грудную клетку;
- ввести для остановки кровотечения:
  - в/в 10000-20000 ЕД контрикала (трасилола) в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия, затем через эту иглу 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты и п/к 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина. Антипротеазные препараты ингибируют активность протеолитических ферментов и предупреждают дальнейший распад пораженной легочной ткани. Атропин расширяет сосуды органов брюшной полости и уменьшает кровонаполнение легких;
  - хлористый кальций 10%-10 мл в/в (по показаниям повторно через 5-6 часов). Ионы кальция необходимы для свертывания крови;
  - викасол 1 % 1-1,5 мл в/м 1 раз в сутки (действие его проявляется через 12-18 часов, викасол участвует в образовании протромбина);
  - строго по инструкции ганглиоблокирующие препараты (бензогексоний, пентамин, ганглерон) для создания условий формирования кровяного сгустка и образования тромбов;
- осуществлять контроль за гемодинамикой (АД, PS, почасовой диурез);
- госпитализировать в специализированное отделение, так как невозможно предусмотреть силу и особенности повторных кровотечений.

3. Студент демонстрирует технику внутривенных инъекций.

### **Задача 32**

Мужчина 65 лет обратился на прием к фельдшеру медпункта с жалобами на сердцебиение, одышку, головные боли. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца- усилилась одышка, он может спать только если голова находится на возвышении. Акроцианоз, бледность кожных покровов. ЧДД 24 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации- аритмия, акцент II тона на аорте. Увеличение границы сердца влево. АД 190/110 мм рт.ст. Пульс 80 уд./мин.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику применения грелки.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипертензивный криз II типа. Гипертоническая болезнь II стадии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- успокоить больного, помочь ему принять удобное положение, обеспечить приток свежего воздуха;
- поставить горчичники на затылок, сделать горячие ножные ванны;
- провести медикаментозное лечение для снижения АД и уменьшения объема циркулирующей крови:
  - фурасемид 40-80 мг внутрь однократно и нифедипин по 10 мг под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. до достижения эффекта;
  - либо фурасемид 20 мг внутрь однократно и каптоприл (капотен) 6,25 мг под язык или внутрь, а затем по 25 мг каждые 30-60 мин. до получения эффекта;
- осуществлять контроль за состоянием пациента (АД и PS);
- госпитализировать в стационар для обследования и подбора гипотензивных препаратов.

3. Студент демонстрирует технику применения грелки.

### **Задача 33**

К фельдшеру медпункта доставлен пациент 62 лет. Состоит на диспансерном учете с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Жалуется на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера, с иррадиацией в левую лопатку. В начале приступа дважды принимал сублингвально нитроглицерин. Эффекта не отмечает. Продолжительность приступа 40 мин. Цвет

кожных покровов и видимых слизистых оболочек без особенностей. Выслушивается ослабленный I тон над верхушкой сердца. Пульс 60 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ смещение сегмента St выше изолинии в грудных отведениях, высокий зубец T.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику снятия ЭКГ.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Инфаркт миокарда, ангинозная форма.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- создать физический и психический покой для уменьшения нагрузки на сердце;
- дать нитроглицерин (сублингвально по 1-2 таблетки, можно повторно через 5 мин.). Нитроглицерин расширяет коронарные сосуды, уменьшает венозный возврат крови к сердцу, улучшает метаболические процессы в миокарде, уменьшает потребность миокарда в кислороде;
- ввести для обезболивания:
  - нейрорлептанальгетики (1-2 мл 0,005% раствора анальгетика фентанила и 2 мл 0,25% раствора нейрорлептика дроперидола на изотоническом растворе натрия хлорида. Можно использовать 1-2 мл таламонала;
  - или наркотические анальгетики (1-2 мл 1% раствора морфина, 2% раствора промедола или 2% раствора омнопона в/в + 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 1-2 мл 1% раствора димедрола или 1-2 мл 2,5% раствора пипольфена для уменьшения побочных явлений наркотиков;
  - или в/в, в/м синтетический анальгетик фортрал 1,0 мл (30мг);
  - ингаляцию закиси азота с кислородом (вначале один кислород, затем закись азота + кислород в концентрации 4:1 с постепенным уменьшением концентрации закиси азота 3:1, 2:1, 1:1;
- ввести в/в 10-15000 ЕД гепарина с целью ограничения начавшегося тромбоза, профилактики тромбоэмболических осложнений;
- осуществлять контроль за состоянием пациента (PS, АД, ЭКГ);
- госпитализировать в положении лежа в кардиологический стационар.

3. Студент демонстрирует технику снятия ЭКГ.

#### **Задача 34**

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. Больная 42 лет жалуется на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин. На ЭКГ- сегмент St выше изолинии, высокий зубец T, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования больная потеряла сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте восстановление проходимости дыхательных путей при механической асфиксии (западение языка).

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Внезапная сердечная (коронарная) смерть. Инфаркт миокарда.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- восстановить проходимость дыхательных путей, т.к. у пострадавшего язык западает назад, перекрывая дыхательные пути;
- провести 1 прекардиальный удар для восстановления кровообращения и дыхания;
- приступить к закрытому массажу сердца и ИВЛ в виду остановки сердца и дыхания;
- проверять каждые 2 мин. пульс на сонных артериях для контроля эффективности реанимации;
- прекратить реанимацию при восстановлении жизнедеятельности (наличие самостоятельной пульсовой волны, спонтанного дыхания), дать кислород, начать терапию по поводу инфаркта миокарда и госпитализировать в кардиологический стационар;
- осуществлять контроль за ЭКГ, PS, АД;
- прекратить реанимацию через 30 мин, если она не эффективна, и констатировать смерть.

3. Студент демонстрирует восстановление проходимости дыхательных путей при механической асфиксии (западение языка).

#### **Задача 35**

Фельдшера здравпункта вызвали в столовую предприятия. У мужчины 20 лет во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Его беспокоит боль в области гортани. Пациент растерян, говорит с трудом, испытывает страх. Лицо цианотично. Осиплость голоса. Периодически повторяются приступы судорожного кашля и шумное дыхание с затруднением вдоха. Масса тела соответствует росту пациента.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику измерения роста.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**



1. Частичная закупорка дыхательных путей.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- попросить окружающих вызвать бригаду «Скорая помощь», если кашель продолжается несколько минут, так как имеется большая вероятность необходимости оказания мед. помощи;
- выполнить абдоминальные толчки для восстановления проходимости дыхательных путей;
- повторять абдоминальные толчки до тех пор, пока дыхательные пути не освободятся или пока пострадавший не потеряет сознание;
- начать оказывать при потере сознания помощь как при полной закупорке дыхательных путей.

3. Студент демонстрирует технику измерения роста.

### **Задача 36**

Фельдшер школы вызван в класс к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом. Со слов одноклассников несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт.ст.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику сбора мочи на сахар.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Гипогликемическая кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
- придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, асфиксии и аспирации масс;
- произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи, предотвращения асфиксии;
- ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл) для повышения уровня сахара в крови. Если сознание не восстановилось - 2мл 10% раствора глюкагона в/м, если последний не эффективен - 1мл 0,1% раствора адреналина или 75-125 мг гидрокортизона в/м.
- ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга;
- установить причину гипогликемии, устранить ее и обучить пациента самоконтролю.

3. Студент демонстрирует технику сбора мочи на сахар.

### **Задача 37**

Вызов фельдшера медпункта на дом. У 18 летней пациентки с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, огушенность. По рекомендации врача получала 32 ед. протофана, 8 ед. актрапида. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось- пациентка из социально неблагополучной семьи. Отмечается рубец на лице. Кожа и слизистые сухие. Тургор кожи снижен. “Мягкие” глазные яблоки. Тоны сердца приглушены. Пульс малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание. Во время осмотра потеряла сознание. Необходимое время для транспортировки в ЦРБ - 2 часа.

#### ***Задания***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику подкожного введения 32 ед. актрапида.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Диабетическая кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
- ввести 40-60 мл 40% раствора глюкозы с целью исключения гипогликемии;
- придать устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, аспирации, асфиксии;
- согреть пациента, избегая применения грелок из-за опасности ожога;
- организовать подачу кислорода для устранения гипоксии;
- определить гликемию, глюкозурию, ацетонурию для подтверждения диагноза, используя индивидуальный глюкометр, экспресс-глюкотест, ацетотест, диагностические полоски для экспресс-анализа мочи;
- ввести хлорид натрия 0,45% - 500 мл с целью регидратации в/в капельно;
- ввести 6-8 ед. быстродействующего инсулина в/в (или в/м, п/к) при высокой гликемии и полной уверенности в диагнозе;
- ввести в/в коргликон 0,06%- 0,5 мл для ликвидации сердечной недостаточности;
- контролировать состояние пациента (PS, АД, содержание сахара в крови и т.д.);
- госпитализировать в эндокринологическое отделение.

3. Студент демонстрирует технику подкожного введения 32 ЕД актрапида.

### **Задача 38**

Молодая женщина 22 лет осмотрена фельдшером скорой помощи. Ухудшение состояния пациентки связывает с экстракцией зуба. Ее беспокоят головная боль, повышение температуры, потливость, чувство жара, дрожь во всем теле, нарушение сна (бессонница). “Пылающие” лицо, шея, локти, колени. Кожа гиперемирована, горячая, влажная. Слизистые сухие. Экзофтальм. Увеличение щитовидной железы до II-III степени. Тремор рук. Температура 39<sup>0</sup>. Тоны сердца усилены, систолический шум. АД 160/50 мм рт.столба. Пульс 150 уд./мин.

### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/м инъекций.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Тиреотоксический криз.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- ввести в/в йодид натрия 10 %-10 мл или назначить 30-40 капель йодида калия 3 раза в день внутрь с целью подавления секреции тиреоидных гормонов;
- дать внутрь антитиреоидные препараты метимазол 60-80 мг или пропилтиоурацил 600-800 мг (далее препарат вводят 300-400 мг каждые 6 часов) для снижения функции щитовидной железы;
- ввести в/в 100 мг кортизола с целью заместительной терапии острой надпочечниковой недостаточности;
- перелить в/в капельно 5% раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, реополиглюкин, гемодез с дезинтоксикационной целью;
- инъектировать обзидан, анаприлин в/в медленно по 2-10 мл каждые 3-4 часа или назначить их внутрь по 20-120 мг каждые 4-6 часов для блокады  $\beta$ -адренорецепторов;
- ввести в/в сердечные гликозиды (коргликон 0,06%- 0,5 мл) для поддержания сердечной деятельности;
- проводить контроль за состоянием пациента (PS, АД, t);
- госпитализировать срочно в эндокринологический стационар.

3. Студент демонстрирует технику внутримышечной инъекции.

### **Задача 39**

Пациентка, 35 лет, обратилась на прием к фельдшеру медпункта с жалобами на прогрессирующую потерю массы тела, снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в эпигастральной области, жидкий стул. Ухудшение состояния связывает с перенесенным 2 недели тому назад острым респираторным вирусным заболеванием. В анамнезе заболевание почек и длительная терапия кортикостероидами. Обращает внимание чрезмерная пигментация околососковой и генитальной области. Кожа и слизистые сухие. Мышечная сила снижена. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения 100 уд./мин. Тоны сердца приглушены.

### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику катетеризации мочевого пузыря.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Адреналовый (надпочечниковый) криз.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- ввести немедленно в/в 100 мг кортизола в течение 5-10 мин с заместительной целью. Дополнительно вводят еще 300 мг кортизола в течение следующих 24 часов;
- инъектировать ДОКСА 1мл (5 мг) в/м для заместительной терапии минералокортикоидами;
- ввести 2-3,5 л жидкости (физиологический раствор натрия хлорида и глюкозы, 250-300 мл плазмы крови, альбумин) для восполнения дефицита жидкости и натрия;
- назначить антибиотики для борьбы с инфекцией;
- проводить контроль за состоянием пациента (PS, АД, t, диурез);
- госпитализировать срочно в эндокринологическое отделение.

3. Студент демонстрирует технику катетеризации мочевого пузыря.

### **Задача 40**

На ФАП доставлен пациент 16 лет с жалобами на изменение цвета мочи, отеки, уменьшение объема выделяемой мочи, боли в боковых отделах живота, недомогание, головную боль, сонливость. Перенес 2 недели назад фарингит. Кожа сухая, шелушащаяся. Отеки на лице, нижних конечностях. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание глубокое. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд./мин., АД 180/100 мм рт.ст. Моча красновато-коричневого цвета. Суточный диурез 200 мл.

### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о технике сбора мочи по Зимницкому и интерпретации анализа.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый гломерулонефрит. Острая почечная недостаточность.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- ограничить введение жидкости до количества, эквивалентного неощутимым потерям ее (около 400 мл /м<sup>2</sup> в сутки) плюс количество выделенной мочи в виду олигурии;
- обеспечить поступление адекватного количества калорий в виде углеводов с целью свести к минимуму эндогенный тканевой катаболизм;
- ограничить прием белка с пищей до 20-30 г в сутки с целью снижения азотемии;

- применить тактику “форсированного диуреза” (в/в вводить 200 мг лазикса, строго каждый час 2-3 раза);
  - ограничить прием калия с пищей и в/в ввести глюкозу 40%-50 мл, инсулин 16 ед., глюконат кальция 10%-10,0, гидрокарбонат натрия 10%-30 мл для уменьшения гиперкалиемии;
  - инъектировать гидралазин (апрессин) в дозе 0,1-0,5 мг/кг в/м и дать per os 0,25 г допегита с целью снижения АД;
  - осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, PS, температура, диурез);
  - госпитализировать срочно в специализированный стационар для проведения лечения.
3. Студент рассказывает о технике сбора мочи по Зимницкому и интерпретации анализа.

#### Задача 41

На ФАП обратился больной Б. 32-х лет, с жалобами на боли в области живота, периодического характера, иногда появляются ночью, натощак, при употреблении острой пищи, боли возникают через 3-4 часа. Улучшение отмечает после приема молока с содой в ночное время. Считает себя больным в течение 3-х лет, лечился отварами трав, прополисом, облепихой, состояние улучшалось. Но весной и осенью наступали обострения. Живет в тайге, охотник (лечиться нет времени). Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, употребляет алкоголь (самогон).  
 Объективно: общее состояние удовлетворительное, плотного телосложения, физически развит. Кожные покровы бледные чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, сердце-тоны ритмичные до 74 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот овальной формы, симметричный, при пальпации болезнен справа от средней линии выше пупка. Симптомов разряджения брюшины нет. Печень, селезенка не пальпируются.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

- боли в животе "поздние", "голодные", "ночные", проходят после приема молока;
- склонность к запорам,
- похудание на фоне сохраненного аппетита;
- вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;

- 2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи, обложенность языка;
- при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши.

Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты).

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол

Антациды: альмагель, маалокс

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

- соблюдение режима питания;
- исключение курения и злоупотребления алкоголем;
- психическая саморегуляция;
- правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт ( нестероидные противовоспалительные препараты)
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
- строгое соблюдение диетических рекомендаций;
- проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях - профилакториях.

## Задача № 42

Больной 64 года обратился к фельдшеру с жалобами на боли в нижних конечностях периодического характера, не связанных с ходьбой, ощущение холода или жары в них. Жалобы на жажду, сухость во рту, частое обильное мочеиспускание. Подобные жалобы появились 4 месяца назад. Обращался к урологу, невропатологу, дерматологу. Общее состояние удовлетворительное, температура 36,8<sup>0</sup>С. Рост 179 см, масса 110 кг. Кожа сухая, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 уд. вВ мин., тоны приглушены, ритмичные ЧСС – 80 уд. в мин., АД 140/90 мм рт.ст. живот мягкий при пальпации безболезнен во всех отделах. Печень краем реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пульсация на артериях стоп сохранена, отмечается изменение конфигурации стопы – молоточкообразная деформация пальцев.

### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Сахарный диабет. Инсулинонезависимый тип. Ожирение,

Обоснование:

- данные анамнеза;
- жалобы на жажду, сухость во рту, кожный зуд, обильное выделение мочи;
- пожилой возраст;

2) объективные данные:

- сухость кожи, следы расчесов;
- избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность, биохимический анализ крови:

гипергликемия, гиперхолестеринемия.

3. Прогрессирование диабета, трофические изменения кожи, поражение нервной системы, снижение зрения, сердечная недостаточность

4. Пациент нуждается в уточнении диагноза и назначении соответствующего лечения, которое может быть проведено в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Режим общий

Диета № 9. Нормализация массы тела

Пероральные сахароснижающие препараты добавляются при неэффективности диетотерапии

бигуаниды - силубин, силубин ретард, буформин, адебит или сульфаниламиды - букарбан, оранил, манинил, глуренорм.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при своевременном и эффективном лечении и выполнении диетических рекомендаций.

Профилактика:

первичная:

- рациональное питание;
- физическая активность;
- предупреждение ожирения;
- диспансерное наблюдение за пациентами с нарушенным тестом толерантности к глюкозе;
- активное лечение атеросклероза;
- своевременное лечение хронического панкреатита;

вторичная:

- режим труда и отдыха;
- соблюдение диеты;
- своевременное и аккуратное применение лекарств.

#### **Задача № 43**

Вызов к больному Г. 40 лет. Жалобы на повышенную температуру, сильный кашель с выделением мокроты, одышку, недомогание, боль в грудной клетке справа. Заболел неделю назад, был в тайге на охоте, лечился отварами трав, состояние не улучшалось. Состояние ухудшилось вчера, отмечалось усиление кашля, появилась гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве до 100 мл.

Объективно: температура 38,8<sup>0</sup>С, общее состояние средней тяжести. На коже сыпи нет. Лицо гиперемировано. При перкуссии грудной клетки справа на уровне 3-4 межреберья притупление перкуторного звука. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно, средне пузырьчатые влажные хрипы. ЧДД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены 110 уд в мин., АД – 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезнен во всех отделах, печень, селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Абсцесс правого легкого.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, одышка, влажный кашель;
- внезапное появление большого количества гнойной мокроты;

2) объективные данные:

- высокая температура;
- при осмотре: гиперемия лица;
- при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука;
- при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам, рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх - округлое затенение, после прорыва - округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.

3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения.

- Режим постельный.
- Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.
- Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (полусинтетические пенициллины, гентамицин). Пути введения: в/м, в/в, эндобронхиально. Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители. Постуральный дренаж. Лечебная бронхоскопия.

Прогноз благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

Профилактика:

- ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение пневмоний, септических состояний;
- своевременное извлечение инородных тел, попавших в дыхательные пути;
- профилактика аспирации рвотных масс при возникновении рвоты у пациентов, находящихся в бессознательном состоянии;
- борьба с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем), ведущими к снижению реактивности организма;
- разъяснение принципов рационального питания, которое способствует повышению реактивности организма и укреплению защитных сил.

#### **Задача № 44**

Больной В. 18 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, «нудный» кашель, сильное потоотделение в ночное время. Отмечает такое состояние в течение месяца, не обращая внимания, температуру не измерял.

Объективно: температура 37,4<sup>0</sup>С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сыпи нет. При пальпации болезненных точек нет. При перкуссии грудной клетки справа в области 2-3 межреберья определяется притупление перкуторного звука. При аускультации дыхания в этой области с бронхиальным оттенком, единичные сухие хрипы.

Число дыханий до 206 уд. в мин, тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС до 6 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезнен во всех отделах.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Туберкулез легких.

Обоснование.

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, субфебрильная температура тела по вечерам, ночная потливость, сухой кашель;

- постепенное начало заболевания;

2) объективные данные:

- при перкуссии: в верхнем отделе правого легкого участок притупления;

- при аускультации: дыхание над этим участком с бронхиальным оттенком, сухие хрипы.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов, рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (изменения, соответствующие определенной форме туберкулеза). Градуированная в/к проба Манту.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, экссудативный плеврит, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, спонтанный пневмоторакс, бронхиальные и торакальные свищи, амилоидоз, почечная недостаточность, распространение инфекции на другие органы и системы.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, требуется обязательная госпитализация в противотуберкулезный диспансер и стационарное лечение.

Принципы лечения:

- Режим полупостельный,
- Диета № 11, питание разнообразное, высококалорийное.
- Туберкулостатики: рифампицин, изониазид, этионамид, этамбутол.
- Оксигенотерапия.
- Витамины.
- Санаторно-курортное лечение.

Прогноз благоприятный в случае адекватного и своевременного лечения, при отсутствии осложнений.

Профилактика:

1) социальная: общегосударственные мероприятия, направленные на повышение жизненного уровня трудящихся, улучшение условий труда и быта, исключение локальных вооруженных конфликтов, и, как следствие, миграции населения;

2) санитарная:

- оздоровление очагов туберкулезной инфекции;
- санитарный и ветеринарный надзор;
- санитарно-просветительная работа;
- раннее выявление и эффективное лечение больных туберкулезом;
- предупреждение распространения микобактерий туберкулеза (выполнение требований сан.-дез.режима).

3) специфическая; вакцинация, ревакцинация и химиопрофилактика;

- вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни;
- первая ревакцинация проводится (при отрицательной реакции Манту) детям 7 лет, а последующие (при том же условии) - через 5-7 лет;
- химиопрофилактика проводится детям и подросткам, имеющим контакт с больным туберкулезом, и для предупреждения рецидива излеченным пациентам. С этой целью применяют изониазид по 0,3 г 2 раза в день в течение 3 мес. 2 раза в год (1-3 года).

#### **Задача № 45**

К фельдшеру обратился мужчина 50 лет с жалобами на периодические боли в нижних отделах живота больше слева, болезненные позывы к дефекации, проходящие после акта дефекации. Жидкий стул чередуется с запорами.

Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет, в детстве перенес кишечную инфекцию, отмечалось выпадение прямой кишки.

Объективно: температура 37,4<sup>0</sup>С. состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сыпи нет. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. В легких везикулярное дыхание, сердце тоны ритмичные до 8 ударов в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот активно участвует в акте дыхания, симметричный при пальпации умеренно болезнен по ходу толстого кишечника. Сигма пальпируется в виде округлого тела болезненна.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Хронический колит в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

- боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм;

- слабость, повышенная утомляемость;
- длительность заболевания;

- 2) объективные данные:

- при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;
- при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: снижение белков, копрограмма: признаки бродильных или гнилостных процессов, исследование бактериальной микрофлоры кала: дисбактериоз, рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки, эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): воспалительные изменения, участки атрофии.

3. Дисбактериоз, значительное снижение массы тела, присоединение поражения тонкого кишечника, гиповитаминозы.

4. Пациенту назначается амбулаторное лечение.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 4,3. Ограничение газообразующих продуктов - молоко, квас, капуста, черный хлеб, трудноперевариваемых продуктов - жареное мясо, грубая клетчатка. Рекомендуют кисломолочные продукты. Для устранения запоров рекомендуют вареную свеклу, морковь, сливы, чернослив, ржаной хлеб, свежую простоквашу. Эубиотики: бифидумбактерин, колибактерин, бификол Ферментные препараты: панзинорм, фестал Спазмолитики при болях (папаверин, церукал)

Вяжущие средства (при поносах) дерматол, карбонат кальция, белая глина

Слабительные средства (при запорах) - лист сенны, сенале, александрийский лист, ревен, кора крушины

Антибактериальные препараты: интестопан, фуразолидон

Местное лечение: микроклизмы из настоя ромашки, зверобоя, коры дуба, при болях - свечи с экстрактом красавки

Прогноз в отношении здоровья благоприятный при достижении стойкой ремиссии. Профилактика: своевременное лечение кишечных инфекций, рациональное питание, исключение проф.вредностей, эффективное лечение заболеваний ЖКТ.

#### **Задача № 46**

Фельдшер вызван на дом к больному И. 42 лет. Больной жалуется на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку, сердцебиение. Болеет около 10 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,2<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. Положение сидячее (легче дышать). При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 6-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Аускультативно: резко ослаблено дыхание в нижних отделах легкого справа. Число дыхательных движений до 24 в мин, левая граница относительной тупости сердца на 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены ритмичные до 100 уд в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации болезнен во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируется.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

#### I. Экссудативный плеврит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;

- постепенное начало заболевания;

- вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

- при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя

- при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;

- при пальпации: ослабление голосового дрожания;

- при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затенение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

4. Пациента следует госпитализировать, провести адекватное лечение после уточнения этиологии заболевания.

Принципы лечения.

Постельный режим (высокое изголовье).

Диета высококалорийная, с достаточным содержанием витаминов и белков.

Плевральная пункция:

диагностическая - для уточнения этиологии заболевания.

лечебная - для эвакуации жидкости и облегчения дыхания и сердечной деятельности.

Лечение основного заболевания: при пневмонии - антибактериальные препараты,

при туберкулезе - туберкулостатики, при раке легкого - цитостатики, при заболеваниях соединительной ткани - противовоспалительные препараты.

В период рассасывания экссудата, во избежание образования спаек - дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки.

Анальгетики.

Переливание белковых препаратов, плазмы. Прогноз благоприятный при проведении этиотропного лечения.

Профилактика:

- повышение защитных сил организма (закаливание, занятия физическими упражнениями);
- рациональное питание;
- предупреждение заболеваний, которые могут осложниться плевритом;
- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, которые могут привести к развитию плеврита;
- профилактика травматизма (травм грудной клетки);
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими плеврит.

#### **Задача № 47**

Фельдшера вызвали на дом к больному В. 43-х лет, который жалуется на сильные боли в области сердца, давящего характера иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 1,5 часа назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывается со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,5<sup>0</sup>С. Больной мечется, беспокоен, ЧДД 20 в мин., тоны аритмичные, приглушены, АД 100/70 мм рт. ст. на ЭКГ – сегмент ST выше изолинии, высокий зубец Т, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования больной потерял сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширены. Кожные покровы бледные.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте восстановление проходимости дыхательных путей при механической асфиксии (западение языка).

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**



1. ИБС: Острый инфаркт миокарда. Внезапная коронарная смерть.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
  - очистить и восстановить проходимость дыхательных путей, т.к. у пострадавшего язык западает назад, перекрывая дыхательные пути;
  - уложить больного на жесткую ровную поверхность;
  - провести один прекардиальный удар для восстановления кровообращения и дыхания;
  - приступить к ИВЛ и непрямому массажу сердца в виду остановки сердца и дыхания;
  - проверять каждые 2 мин. пульс на сонных артериях для контроля эффективности реанимации;
  - прекратить реанимацию при восстановлении жизнедеятельности (наличие самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии, спонтанного дыхания).
  - дать кислород, начать терапию по поводу инфаркта миокарда и госпитализировать в кардиореанимационное отделение;
  - осуществлять контроль за ЭКГ, PS, АД;
  - прекратить реанимацию через 30 мин, если она не эффективна, и констатировать смерть.

#### **Задача № 48**

Больной В. 35 лет обратился к фельдшеру с жалобами на повышение температуры, озноб, ноющие боли в поясничной области справа, частое болезненное мочеиспускание, моча мутная. Свое заболевание связывает с переохлаждением, был на охоте на водоплавающую дичь.

Объективно: температура 38,5 °С, общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, сыпи нет, язык влажный, обложен. В легких дыхание везикулярное до 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 98 уд в мин., АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный справа.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе, профилактике заболевания.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Острый пиелонефрит.

#### **Обоснование:**

- 1) данные анамнеза:
  - синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;
  - связь заболевания с переохлаждением;
  - частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;
- 2) объективные данные:
  - при осмотре: гипертермия;
  - при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом Пастернацкого справа.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.
3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.
4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

#### **Принципы лечения:**

Режим постельный.

Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье для естественного промывания мочевыводящих путей: отвар медвежьих ушек, молоко, минеральные воды.

Антибактериальная терапия (уроантисептики):

антибиотики: полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины, пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, бисептол.

нитрофураны: фурадонин, фурагин.

производные налидиксовой кислоты: неграм, невигамон, нитроксолин.

Спазмолитики и анальгетики - при болях.

Физиотерапия (диатермия на область почек).

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания. Профилактика;

первичная:

- закаливание, устранение фактора переохлаждения.
- ликвидация факторов, способствующих застою мочи (регулярное опорожнение мочевого пузыря,

устранение запоров, хирургическая коррекция аномалий развития почек и мочеточников);

- санация очагов хронической инфекции;
- тщательное соблюдение правил личной гигиены;
- своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей;
- своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит;
- обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара в течение 5-6 месяцев

(ежемесячные 10-дневные курсы антибактериальной терапии, в перерывах - фитотерапия - медвежья ушка, брусника, земляничный лист, василек, укроп, петрушка, кукурузные рыльца и др.);

- устранение застоя мочи (опорожнение мочевого пузыря каждые 2 часа);
- санаторно-курортное лечение (Трускавец, Боржоми, Саирме, Железноводск, Эссентуки).

### Задача № 49

Фельдшера скорой помощи вызвали на дом к больному В. 60 лет. Больной жалуется на мелькание мушек перед глазами, головокружение, головную боль в области затылка. Подобные состояния отмечаются в течение нескольких лет, лечился своими средствами – наборы трав и другие народные средства. Ведет активный образ жизни, охотник любитель. Накануне вышел из тайги, где находился две недели, головная боль вынудила его обратиться в отделение скорой помощи. Больной курит, алкоголь употребляет умеренно.

Объективно: температура 36,7<sup>0</sup>С, общее состояние средней тяжести. Кожа лица гиперемирована, сыпи нет. Правильного телосложения, физически развит хорошо. В легких везикулярное дыхание. Левая граница на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС 98 уд. в мин, пульс твердый напряженный. АД 120/110 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезнен во всех отделах, печень, селезенка не пальпируются. Менингеальная симптоматика отсутствует.

### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

- головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота;
- многолетнее течение заболевания;

- 2) объективные данные:

- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: пульс твердый, напряженный;

• при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

2. Общий анализ мочи: могут быть следы белка, единичные эритроциты, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол

Диуретики: верошпирон, гипотиазид

Комбинированные препараты: капозид, логимакс

Лечебная физкультура

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений.

Профилактика:

- режим труда и отдыха;
- нормализация сна;
- рациональное питание;
- устранение влияния стрессов, психическая саморегуляция;
- запрещение курения и употребления алкоголя;
- диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью;
- поддержание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях с помощью применения гипотензивных препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).

### **Задача №50**

К фельдшеру обратилась больная Б. 20 лет на мышечную слабость, похудение, жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, кожный зуд, обильное мочеиспускание. Болеет в течение 3 месяцев. В детстве переболела эпидемическим паротитом.

Объективно: температура 36,6<sup>0</sup>С. общее состояние удовлетворительное, поведение активное. Кожа сухая, местами шелушение. Правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. В легких везикулярное дыхание. Сердце-стоны ритмичные, приглушены, ЧСС 80 уд в мин, АД 115/90 мм рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезнен во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- полифагия, полидипсия, полиурия. похудание;
- молодой возраст;

2) объективные данные:

- сухость и шелушение кожи;
- недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии

Принципы лечения:

Режим палатный

Диета № 9, ограничение легкоусваиваемых углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально.

Использование специальных аппаратов - "искусственная поджелудочная железа" и "искусственная в-клетка"

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета. Профилактика:

рациональное питание;

психическая саморегуляция;

своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы;

ранняя диагностика скрытого диабета и соответствующая корректировка диеты.

#### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Маколкин В.И., Овчаренко О.И., Семенов Н.Н. Внутренние болезни. - М.: АНМИ, 1998
2. Маколкин В.И., Овчаренко О.И., Семенов Н.Н. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1992
3. Шишкин А.Н. Внутренние болезни. - С.-Петербург, "Лань", 1999.
4. Пропедевтика внутренних болезней. П/ред. проф. Маслова Ю.С. - С.-Петербург, "Специальная Литература", 1998.
5. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. - М.: Медицина, 1995.
6. Вязьмин А.П. Внутренние болезни. Том 1. - Бугульма, 1993.
7. Вязьмин А.П. Внутренние болезни. Том 2. - Бугульма, 1996.
8. Мухина С.А. Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода. - М.: АНМИ, 1995.
9. Ряженев В.В., Вольнова Г.И. Фармакология. - М.: Медицина, 1994.
10. Неотложные состояния в клинике внутренних и нервных болезней./Под общ.ред. Шабанова В.Н., Густова А.В. - Нижний Новгород: Изд. НГМА, 1994.

#### **ИНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ**

1. Государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060101 "Лечебное дело". - М: ВУНМЦ, 1997
2. Терапия. Примерная программа по специальности 060101 "Лечебное дело". / Сост. Кашина М.А., Ларионова С.Д. - М: ВУНМЦ, 1998.
3. Приказ МЗ и МП РФ №324 от 22.11.95 "О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации".
4. Приказ МЗ СССР №770 от 30.05.86 "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения".
5. Приказ МЗ СССР №1030 от 04.10.80 "Медицинская документация. Форма №224/У (анализ крови)".