**Содержание**



1. Общие положения………………………………………………………...3
2. Подготовка оценочных средств………………………………………… 4
3. Порядок проведения квалификационного экзамена………..……….....6
4. Критерии оценки освоения вида профессиональной деятельности…..9
5. Приложение……………………………………………………………...11

1. **Общие положения**

* 1. Настоящее Положение разработано в соответствии с законом Российской Федерации «Об образовании», Уставом колледжа, Федеральными образовательными стандартами среднего профессионального образования (ФГОС).
  2. Настоящее Положение описывает требования к содержанию, процедуре проведения и системе оценивания экзамена квалификационного по ПМ «Лечебная деятельность»
  3. Экзамен квалификационный – форма итоговой аттестации результатов освоения профессионального модуля 02 «Лечебная деятельность». Целью проведения экзамена квалификационного является проверка сформированности компетенций и готовности к выполнению вида профессиональной деятельности.
  4. Условием допуска к экзамену квалификационному по профессиональному модулю является успешное освоение всех его элементов, включая все МДК и итоги практики (производственной)

1.5 Результатом освоения профессионального модуля является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности -лечебная деятельность, в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 2.1. | Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп. |
| ПК 2.2. | Определять тактику ведения пациента. |
| ПК 2.3. | Выполнять лечебные вмешательства. |
| ПК 2.4. | Проводить контроль эффективности лечения. |
| ПК 2.5. | Осуществлять контроль состояния пациента. |
| ПК 2.7. | Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению. |
| ПК 2.8. | Оформлять медицинскую документацию. |
| ОК 0.1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 0.2. | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество. |
| ОК.0.3. | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. |
| ОК.0.4. | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития. |
| ОК.0.5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности |
| ОК 11. | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку. |
| ОК 12. | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. |

**2. Подготовка оценочных средств**

2.1. Аттестационные материалы составлены на основе рабочей программы профессионального модуля, рассмотрены на заседаниях ЦМК.

2.2. Контрольно-оценочные материалы для экзамена (квалификационного) являются частью комплекта контрольно-оценочных средств (КОС) по профессиональному модулю.

2.3. Контрольно-оценочные материалы включают:

- процедуру проведения оценки компетенций;

- образцы заданий и эталоны ответов;

- критерии оценки;

-пример формирования экзаменационного билета.

2.4.Контрольные экзаменационные задания разработаны на основе требований ФГОС и программы профессионального модуля. Вопросы в каждом билете комплектуются так, чтобы была возможность выявлять подготовленность студента по данному виду профессиональной деятельности. Задания имеют равноценный характер, предусматривают проведение анализа конкретной ситуации, максимально приближенной к условиям будущей профессиональной деятельности студента и принятия решения в рамках компетенции специалиста.

2.5. Число экзаменационных билетов больше количества студентов в экзаменующейся группе.

2.6. Экзаменационные билеты подписываются преподавателями, рассматриваются цикловой комиссией, утверждаются директором.

2.7. Комплект экзаменационных документов включает:

- комплект контрольно-оценочных средств по профессиональному модулю;

- приказ о допуске к квалификационному экзамену и состав аттестационной комиссии;

- итоговую ведомость по результатам производственной практики (по профилю специальности);

- экзаменационную ведомость результатов по междисциплинарным курсам (МДК);

- экзаменационную ведомость по профессиональному модулю.

2.8. Экзаменационный материал квалификационного экзамена по профессиональному модулю утверждается заместителем директора по учебной работе.

2.9.  К экзамену (квалификационному) по профессиональному модулю ПМ02 «Лечебная деятельность» допускаются обучающиеся, успешно прошедшие промежуточную аттестацию по междисциплинарным курсам:

- по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля»- экзамен.

- поМДК02.02. «Лечение пациентов хирургического профиля»- экзамен.

- поМДК02.03. «Лечение пациентов детского возраста»- экзамен.

- поМДК02.04. «Оказание акушерско-гинекологической помощи»- экзамен;

а также выполнение курсовых работ по по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля», по МДК02.03. «Лечение пациентов детского возраста» и производственную практику в рамках данного модуля. Задачами текущего и рубежного контроля по ПМ 02 «Лечебная деятельность» является оценивание сформированности элементов вышеуказанных компетенций (знаний и умений).

2.10. Итоговой формой контроля по ПМ 02 «Лечебная деятельность» является квалификационный экзамен. Он проверяет готовность обучающихся к выполнению данного вида деятельности и сформированность у них вышеуказанных компетенций.

**3.Порядок проведения квалификационного экзамена**

3.1. Аттестационная комиссия формируется из преподавателей колледжа. Экзамен квалификационный проводится при участии не менее двух преподавателей, ведущих занятия по разделам МДК, представителя работодателя.

3.2. Экзамен квалификационный по ПМ 02 «Лечебная деятельность» проводится в практической (решение ситуационных задач, демонстрация манипуляций на фантомах) форме.

3.3. Во время сдачи экзамена в кабинете одновременно может находится не более 6-ти студентов.

3.4. Планирование времени членов комиссии, осуществляющих экзамен (квалификационный).

При проведении квалификационного экзамена предусматривается фактически, затрачиваемое время, но не более 1 академического часа на 1 студента.

- решение проблемно-ситуационных задач -30 минут на одного студента;

- выполнение практического задания - 30 минут на одного студента.

3.5.Квалификационный экзамен проводится в ходе решения проблемных профессиональных ситуаций в соответствии с содержанием профессионального модуля (по билетам).

3.6. Задания квалификационного экзамена предусматривают возможность оценивания не только проявлений освоенных профессиональных компетенций, но и учитывать соблюдение требований безопасности труда и проявление общих компетенций.

3.7. Билеты формируются из 2 задач по разделам «Лечение пациентов терапевтического профиля», «Лечение пациентов детского возраста», «Лечение пациентов хирургического профиля», «Оказание акушерско-гинекологической помощи»

3.8. Форма экзаменационного билета взята из Макета комплекта контрольно - оценочных средств по ПМ.

Министерство здравоохранения и социального развития

Российской Федерации

КГБОУ СПО «Рубцовский медицинский колледж»

Квалификационный экзамен по профессиональному модулю

ПМ 02 «Лечебная деятельность»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| КГБОУ СПО «Рубцовский медицинский колледж» | **Экзаменационный билет №1**  Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г. | Утверждаю: Директор КГБОУ СПО РМК \_\_\_\_\_В.М. Пономарев  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2015 г. |
| **Задание №1.**  Проверяемые компетенции: ПК 2.1; 2.2; 2.4; 2.5; 2.8.; ОК 1; 3  В процессе выполнения вы можете воспользоваться стандартом лечения заболевания.  Время выполнения – 20 минут.  Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациенту 60 лет, который предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,50 С, боль в правой половине грудной клетки на вдохе, усиливающуюся при кашле, одышку в покое. Заболел 2 дня назад. После переохлаждения отмечал потрясающий озноб, повышение температуры до 38-39,50 С, одышку. Со вчерашнего дня стал ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением «ржавой» мокроты.  Объективно: состояние средней тяжести, лежит с возвышенным головным концом. Цианоз носогубного треугольника, температура 38,50 С. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки –притупление. Аускультативно - крепитация и шум трения плевры. ЧДД 30 в мин. Ритм сердечной деятельности правильный. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Физиологические отправления в норме.  *Задания.*   1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Тактика фельдшера. Принципы лечения. 3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат. | | |
| Задание №2. Проверяемые компетенции: ПК 2.1; 2.2; 2.3; 2.5; 2.7.; ОК 1; 2; 3; 4  В процессе выполнения вы можете воспользоваться стандартом лечения заболевания.  Время выполнения – 20 минут.  В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.  На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,20, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту. Задания 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.  2. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.  3. Продемонстрируйте технику туалета и УФО кожи пораженной области. | | |

**4. Критерии оценки вида профессиональной деятельности.**

4.1 Критерием оценки уровня сформированности ПК (решения ситуационных задач) по ПМ 02 «Лечебная деятельность» и готовности к выполнению данного вида профессиональной деятельности в результате освоения программы ПМ является правильность решения ситуационной задачи.

**Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:**

5 «отлично» - студент правильно решает предложенную задачу, обстоятельно, с достаточной полнотой формулирует диагноз, дает точные определения форм заболевания в соответствие с классификацией, обнаруживает полное понимание материала и может обосновать свой ответ, владеет методикой оформления рецептов на лекарственные препараты, необходимые для лечения пациента, объясняет механизм их действия, демонстрирует выполнение манипуляции по алгоритму, правильно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя, имеющие целью выяснить степень понимания данного материала. Свободно владеет речью, медицинской терминологией.

4 «хорошо» - студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и оценки «5», но допускает единичные ошибки, которые исправляет после замечания преподавателя.

3 «удовлетворительно» - студент знает и понимает основные положения данной задачи, но допускает неточности в формулировке клинического диагноза, допускает частичные ошибки при обосновании схемы лечения, выписке рецептов на лекарственные препараты, неточности при демонстрации манипуляции, излагает материал недостаточно связно и последовательно.

2 «неудовлетворительно» - студент обнаруживает незнание общей части соответствующего раздела темы, не справляется с решением задачи, не может сформулировать клинический диагноз, наметить схему лечения пациента, выписать рецепт на лекарственные препараты, допускает ошибки в формулировке терминов, искажающие их смысл, грубые ошибки при демонстрации манипуляции, беспорядочно и неуверенно излагает материал, сопровождая изложение частыми остановками и перерывами.

4.2. В критерии оценки уровня подготовки обучающихся по ПМ 02 «Лечебная деятельность» входят:

- обоснованность, четкость, краткость изложения ответа при соблюдении принципа полноты его содержания;

* умение использовать обучающимися теоретические знания при решении ситуационных задач;
* умение осуществить медицинскую манипуляцию по алгоритму;
* уровень освоения учебного материала, предусмотренного учебной программой по ПМ 02;
* уровень сформированности общих и профессиональных компетенций.

4.3. В случае, когда обучающийся не в состоянии изложить учебный материал билета на положительную оценку, ему разрешается взять второй билет, при этом оценка снижается на 1 балл.

4.4. Экзамен (квалификационный) проверяет степень сформированности у студента общих и профессиональных компетенций, его готовность к выполнению указанного вида профессиональной деятельности .

4.5. Общая оценка по ПМ 02 «Лечебная деятельность» формируется методом агрегирования оценок, полученных в ходе выполнения всех заданий по МДК 02.01., МДК02.02., МДК02.03., МДК02.04. и оценки по итогам квалификационного экзамена.

4.6. Оценка освоения вида профессиональной деятельности осуществляется членами комиссии отдельно по каждому заданию в соответствии с критериями оценок .

4.4. Итогом проверки освоения профессиональных и общих компетенций по ПМ 02 является однозначное решение: «Вид профессиональной деятельности освоен / не освоен».

4.7. Итоги проверки заносятся в экзаменационную ведомость (в том числе « вид профессиональной деятельности освоен / не освоен») и в зачетную книжку кроме «ВПД не освоен».

Приложение

**Ситуационные задачи по разделам: «Лечение пациентов терапевтического профиля», «Лечение пациентов детского возраста».**

**Задача 1.**

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациенту 60 лет, который предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,50 С, боль в правой половине грудной клетки на вдохе, усиливающуюся при кашле, одышку в покое. Заболел 2 дня назад. После переохлаждения отмечал потрясающий озноб, повышение температуры до 38-39,50 С, одышку. Со вчерашнего дня стал ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением «ржавой» мокроты.

Объективно: состояние средней тяжести, лежит с возвышенным головным концом. Цианоз носогубного треугольника, температура 38,50 С. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки –притупление. Аускультативно - крепитация и шум трения плевры. ЧДД 30 в мин. Ритм сердечной деятельности правильный. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм.рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей. Физиологические отправления в норме.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 2.**

Пациентка 23 лет обратилась к фельдшеру поликлиники с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50 С, сухой кашель. Больна второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 38,00 С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 18 в мин. Ритм сердечной деятельности правильный, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 3.**

Пациентка М. 28 лет обратилась к фельдшеру поликлиники Центральной районной больницы с жалобами на слабость, потливость, одышку, кашель с выделение обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, больше в утренние часы, за сутки выделяется до 200 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Больна в течение 6 лет. Периодически состояние ухудшается. Неоднократно лечилась в стационаре.

Объективно: температура 38,20 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 24 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 100 в мин, ритмичный. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 4.**

Пациентка М. 38 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобами на слабость, потливость, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, боль в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку, повышение температуры до 38,20 С. Заболела неделю назад.

Объективно: температура 38,20 С, состояние средней тяжести, вынужденное положение – сидя. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. При осмотре грудной клетки: выбухание и отставание правой половины при дыхании, голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии: справа по среднеподмышечной линии до VI ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. При аускультации: дыхание в этой области резко ослабленное, ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 5.**

Пациентка А., 32 лет, обратилась к фельдшеру ФАПа с жалобами на: одышку и сердцебиение при обычной, ранее хорошо переносимой физической нагрузке, а в последние полгода – и при небольшой нагрузке (например, при подъеме на 2 этаж). Периодически по вечерам появляются небольшие отеки стоп. Ревматический комбинированный митральный порок сердца выявлен в 24-летнем возрасте.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Цианоз губ, акроцианоз. Границы относительной тупости сердца расширены вверх и влево, конфигурация митральная. На верхушке трехчленный ритм «перепела», 1 тон хлопающий, пресистолический шум, на легочной артерии акцент II тона. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 в мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, безболезненная, эластичной консистенции. Пастозность стоп и нижней трети голени.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 6.**

Фельдшер вызван на дом к пациенту Е., 56 лет, который жалуется на выраженную одышку и сердцебиения при незначительных нагрузках (вставание с постели, при разговоре), перебои в работе сердца, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, постоянные отеки нижних конечностей, общую слабость. 5 лет назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, по поводу чего лечился в кардиологическом отделении.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лежит с высоким изголовьем. Акроцианоз. Тахипноэ до 30 в мин. Над всей поверхностью легких при перкуссии звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, везикулярное, в нижних отделах средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца значительно расширены влево, тоны глухие. Пульс аритмичен (мерцательная аритмия), удовлетворительного наполнения и напряжения, 102 в мин. Частота сердечных сокращений 116 в мин. дефицит пульса – 14, АД 140/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме, имеет форму «лягушачьего». В отлогих местах живота определяется тупость. Печень значительно увеличена и нижним краем доходит до пупочной линии, плотноэластичной консистенции, безболезненная с заостренным краем. Селезенка не увеличена. Массивные отеки конечностей, отечность в области крестца.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

## Задача 7.

Пациент К. 40 лет обратился к фельдшеру поликлиники с жалобами на приступы боли сжимающего характера за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 2-5 минут. Боли возникают при ходьбе, в покое проходят. Беспокоят около 1 месяца. Отец умер от инфаркта миокарда.

Объективно: температура 36,00 С, состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются, ЧСС 70 в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. абдоминальной патологии не выявлено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 8.**

К фельдшеру обратился пациент 32 лет с жалобами на боли в эпигастралной области, после еды изжогу, отрыжку кислым. Боли периодически беспокоят 2 года. Режим питания не соблюдает.

Объективно: температура 36,00 С, состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык обложен белым налетом. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Принципы лечения.
4. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 9.**

За медицинской помощью к фельдшеру ФАПа обратилась пациентка Ш. 28 лет с жалобами на выраженные постоянные боли в области правого подреберья с иррадиацией в правую лопатку, чувство тяжести в правом подреберье, чувство распирания в животе, периодически – тошноту, сухость и горечь во рту по утрам, снижение аппетита, слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, поверхностный тревожный сон, не приносящий удовлетворения, раздражительность. 3 года назад были роды. В послеродовом периоде из-за большой кровопотери было переливание одногруппной крови, после чего переболела вирусным гепатитом, лечилась в инфекционном отделении, выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время рекомендованной диеты не придерживается, курит. Работает диспетчером, пищу принимает нерегулярно, скользящий график работы.

При объективном исследовании: кожа и слизистые субиктеричные, на коже груди и конечностей единичные геморрагии, ладони ярко красные, склеры субиктеричные. Несколько увеличены подчелюстные и подмышечные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре, подкожно-жировой слой недостаточный. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 110/70 мм.рт.ст. пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, 80 уд/мин. Живот умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край плотный, ровный. Размеры печени по Курлову 15(3)×11×9 см, селезенка увеличена, размеры по Курлову 12×7 см. Симптом Пастернацкого сомнительный справа.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 10.**

К фельдшеру в здравпункт обратился пациент с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии справа, возникают через 3-4 часа после приема пищи, отмечает появление ночных и «голодных» болей, которые проходят после приема пищи, особенно молока. Беспокоит также упорная изжога, отрыжка кислым, часто рвота кислым содержимым, приносящая облегчение. Появились запоры, нарушился сон. Пациент стал отмечать повышенную раздражительность, быструю утомляемость, часто пониженное настроение. Считает себя больным около 2-х лет. Впервые такое состояние появилось 2 года назад после того, как сменил место работы. Лечился самостоятельно: принимал альмагель, сок алоэ, каланхоэ, отвар лопуха. Обострения бывают весной и осенью. В это время старается регулярно питаться, принимает неострую пищу. Сейчас работает шофером-дальнобойщиком. Питается в пути нерегулярно. Любит острое, жареное, кислое. Алкоголем не злоупотребляет, курит.

При объективном обследовании: кожа и слизистые физиологической окраски. Лимфоузлы не увеличены, отеков нет. В легких, сердце патологии не выявлено. Пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, 76 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык чистый, розовый. Живот болезненный при пальпации в эпигастрии справа, симптом Менделя положительный. Печень, селезенка не увеличены.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 11.**

К фельдшеру за медицинской помощью обратился пациент 42 лет с жалобами на постоянные боли в эпигастрии и левом подреберье, иногда опоясывающие, усиливающиеся примерно через 1 час после еды, провоцируются жирной и острой пищей. Особо отмечает, что боли усиливаются после приема алкоголя. Иногда бывают «голодные» боли, которые не проходят после приема пищи или «Альмагеля». Больного беспокоят отрыжка воздухом и съеденной пищей, тошнота, вздутие живота, поносы. За время болезни похудел, стала больше беспокоить мышечная слабость, повышенная утомляемость. Считает себя больным около года. Из вредных привычек отмечает пристрастие к алкоголю. Работает грузчиком, питается на работе и дома нерегулярно. Любит жирную, острую, жареную пищу, однако несмотря на изменения самочувствия, диеты не придерживается. Эти симптомы беспокоят в течение 4 месяцев.

Объективно: кожа и слизистые физиологической окраски. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, распределен равномерно. Тонус мышц несколько снижен, сила достаточная. Суставы не изменены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 92 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен серым налетом. Живот умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень, селезенка не увеличены. Болезненность в зоне Шоффара, положительный симптом Мейо-Робсона слева.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 12.**

Больная С. 47 лет обратилась к фельдшеру поликлиники Центральной районной больницы с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, возникающие обычно через 1-2 часа после приема обильной, особенно жирной, острой пищи и жареных блюд; ощущение сухости и горечи во рту, особенно по утрам, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна в течение 12 лет.

Объективно: температура 37,40 С, общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски и влажности, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, толщина кожной складки на уровне пупка 8 см. Легкие без патологии. Ритм сердечной деятельности правильный, тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 85 в мин. Язык влажный, обложен желтовато-коричневатым налетом. Живот мягкий, слегка вздут, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья и в точке проекции желчного пузыря. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 13.**

Вызов фельдшера ФАПа к пациенту В. 23 лет, который жалуется на сильную головную боль, повышение температуры тела до 39,50 С, отеки на лице, общую утомляемость, ноющие боли в пояснице, мутную мочу. Связывает появление этих симптомов с перенесенной примерно 2 недели назад ангиной.

Объективно: температура 39,50 С, общее состояние средней тяжести. Лицо бледное, одутловатое, кожа горячая на ощупь. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс 92 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого (поколачивания) положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 7-9 раз в сутки.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 14.**

Пациент А. 30 лет обратился к фельдшеру в поликлинику с жалобами на головную боль, отеки на лице особенно по утрам, резкую слабость, одышку при быстрой ходьбе. Данные жалобы связывает с переохлаждением. Из анамнеза – в 16-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,00 С. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Лицо отечное. На ногах пастозность. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. При перкуссии левая граница сердца – по левой среднеключичной линии. ЧСС – 88 уд/мин. АД 175/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформлен. Диурез в ночное время до 1 литра.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 15.**

Вызов фельдшера скорой помощи к пациенту М. 29 лет, предъявляющему жалобы на тупые боли в правой половине поясничной области, частое мочеиспускание, температуру тела 38,40 С, общую слабость, ломоту в мышцах, отсутствие аппетита. Данные симптомы появились вчера после сильного переохлаждения.

Объективно: температура 38,40 С, состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (+) справа. Диурез до 9-10 раз днем и 3-4 раза в ночное время. Стул регулярный, оформленный.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 16.**

Пациентка Ф. 30 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобами на сердцебиение, похудание на 8 кг в течение 3-х месяцев, тревожное состояние, плаксивость, беспокойный сон.

При объективном исследовании отмечается пониженное питание, диффузный гипергидроз. Щитовидная железа равномерно увеличена и хорошо заметна при осмотре. Выраженный экзофтальм. Положительные симптомы Грефе, Штельвага, Мебиуса. Тоны сердца громкие, на верхушке и легочной артерии выслушивается мягкий систолический шум. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 110 в мин. АД 155/80 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств не отмечает, стул с тенденцией к поносам.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 17.**

Пациентка Д., 16 лет, поступила в приемное отделение Центральной районной больницы с жалобами на головокружение, одышку и сердцебиение при ходьбе. Периодически отмечает появление трещин в уголках рта. Считает себя больной в течение 2 лет, когда стала отмечать быструю утомляемость, снижение работоспособности, пристрастие к употреблению мела, к запаху свежей побелки. В последнее время появились трещины в уголках рта. Обратилась к врачу, обнаружены изменения в крови. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, обильные, по 7-8 дней, через 21 день.

При осмотре: кожа сухая, бледная, чистая. Склеры голубые. Волосы тусклые, секутся. Ногти мягкие, с поперечной исчерченностью ложкообразной формы. Костно-суставная система не изменена. Легкие без патологии. Границы сердца в пределах нормы, тоны громкие, систолический шум на верхушке, «шум волчка» на яремных венах. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Слизистая полости рта бледная, язык влажный, нитевидные сосочки атрофированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры по Курлову 9×8×7 см: селезенки 6×4 см.

Анализ крови: эр. 3,5×10 12/л; Нв 85 г/л; цв. пок. 0,7; л. 4,5×10 9/л; э. 1%; п. 2%; с. 70%; лимф. 21%; мон. 6%; тр. 194×10 9/л; СОЭ 20 мм/ч.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Принципы лечения в стационаре.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 18.**

Пациент Ш. 60 лет обратился к фельдшеру ФАПа с жалобами на слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, выраженную потливость, опухолевидные образования в области шеи. Считает себя больным в течение 2 лет. Не лечился, связывал ухудшение самочувствия с возрастом. Два месяца назад обнаружил у себя на шее безболезненные опухолевидные образования. В последние годы отмечает частые простудные заболевания, появление «гнойничков» на коже.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Кожа и слизистые чистые, умеренной влажности. Пальпируются подчелюстные, задние шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,0-4,5 см в диаметре, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Легкие без патологии. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений 70 в мин. АД 140/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Десны рыхлые отечные, на слизистой щек геморрагии, единичные язвочки. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, безболезненная, край закруглен, ровный, размеры по Курлову 12(2,5)×10×8,5 см. Селезенка выступает из-под реберной дуги на 2 см, размеры по Курлову составляют 15×8 см.

Анализ крови: эр. 2,42×10 12/л.; НВ 108 г/л; цв.пок. 0,8; тр. 120×10 9/л; л. 63,2×9 9/л; п. 1%; с. 4%; лимф. 94%; мон. 1%; СОЭ 28 мм/ч; клетки Боткина-Гумпрехта 18/100.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 19.**

К фельдшеру районной поликлиники за медицинской помощью обратилась женщина 20 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры до 37,80 С, потливость, плохой аппетит, носовые кровотечения.

Объективно: бледность кожных покровов, на коже верхних конечностей и на груди – множественные геморрагические высыпания. Увеличены шейные и подмышечные лимфоузлы. Тоны сердца приглушены. Пульс 102 уд/мин, ритмичный. АД 100/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании в общем анализе крови: эр. 2,5×1012/л; Нв 86 г/л; лейк 6×109/л; э. – 8%; п. – 8%; с. – 64%; лф. – 18%; м. – 2%; тр. - 40×109/л; СОЭ – 48 мм/час.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 20.**

Женщина 53 лет обратилась за медицинской помощью к фельдшеру районной поликлиники с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение, усиливающиеся при физической нагрузке, онемение и ощущение ползания мурашек в области нижних конечностей, болезненность и жжение кончика языка. Считает себя больной в течение последних 6 месяцев.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Тахикардия. Пульс 112 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край ее при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры селезенки по Курлову 11×8 см.

При обследовании в анализе крови: эр. 1,6×1012/л; Нв 72 г/л; ц.п. – 1,35; лейк 3,5×109/л; б. – 1%; с. – 53%; лф. – 34%; м. – 10%; тр. - 160×109/л; СОЭ – 48 мм/час, тельца Жолли и кольца Кебота.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 21.**

Пациент 20 лет обратился к фельдшеру в районную поликлинику. Жалобы: слабость, температура 380 С, озноб, потливость. Тошнота, плохой аппетит, носовое кровотечение, кровоточат десны. Моча кровянистая. Болен в течение месяца. В анамнезе 2 раза грипп, корь в детстве.

Объективно: бледность кожных покровов, на коже геморрагическая сыпь, незначительно увеличены лимфоузлы шейные, подмышечные, паховые. Тоны сердца приглушены. Пульс 102 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Фельдшер направил на лабораторное исследование общего анализа крови, общего анализа мочи.

Анализ крови: эритроциты - 2,5×1012/л; гемоглобин – 46 г/л; цв. показатель – 0,6; лейкоциты – 2,1×109/л; э. – 0%; баз. – 0%; пал. – 5%; сегм. – 10%; лимф. – 80,2%; мон. – 1%; СОЭ – 48 мм/час; тромбоциты – 4,1×109/л; бластные клетки – в большом количестве.

В моче эритроциты 10-20 в поле зрения.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 22.**

Пациент У. 34 лет обратился к фельдшеру поликлиники Центральной районной больницы с жалобами на боли в коленных, правом локтевом, лучезапястных суставах и в мелких суставах кистей, утреннюю скованность движений в этих суставах в течение 30-40 минут. Болен 6 лет. Заболевание характеризуется постепенным вовлечением в процесс различных суставов: сначала мелкие суставы кистей и коленные, затем другие.

Объективно: проксимальные межфаланговые и коленные суставы деформированы, движения в них ограничены в объеме, болезненные. Лучезапястные суставы увеличены в объеме, кожа над ними гиперемирована, горячая на ощупь, движения затруднены из-за болей. Отмечается атрофия межкостных мышц в области тыла кистей и мышц голеней. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не определяется.

Фельдшером был направлен ан исследования: общий анализ крови, биохимическое исследование крови, а также на рентгенографию кистей рук.

Результаты исследований: анализ крови: эр. 4,5×10 12/л, Нв 143 г/л, л. 6,5×10 9/л, э. 5%, п. 2%, с. 47%, лимф. 43%, мон. 3%, СОЭ 33 мм/ч, С-РБ.++. Общий белок сыворотки крови 70 г/л, альбумины 40,6%, глобулины 59,4%: α1 – 2,2%, α2 – 16,7%, β – 12,5%, γ - 28,0%. А/Г коэффициент 0,69, ревматоидный фактор по латекс-тесту 1 : 128. Содержание серомукоида в сыворотке крови 0,350 ед., фибриногена 6 г/л. на рентгенограммах кистей сужение суставных щелей проксимальных межфаланговых суставов, краевые эрозии, околосуставной остеопороз, анкилоз третьего проксимального межфалангового сустава левой кисти.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.
3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 23.**

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетеки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, Er-3,98х1012/л, Л-4х109/л, СОЭ 5 мм /час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0:034 г/л, кальций 0,09 г/л.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 24.**

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка слабость, боли в животе, понижение аппетита, по вечерам температура повышается до 37,9º С. Мать заметила, что девочка часто мочится, моча мутная. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о принципах лечения заболевания.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 25.**

Девочка 4-х лет больна в течение 2 дней. Жалуется на слабость, вялость, незначительные боли в горле. При осмотре: температура 37,9º С, состояние средней тяжести, ребенок вялый. Отмечается гиперемия зева. На увеличенных миндалинах блестящие налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Приторно-сладковатый запах изо рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система без патологических изменений. Стул, мочеиспускание в норме. Не привита по медицинским показаниям.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Тактика фельдшера. Принципы лечения.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 26.**

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых , здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х мес. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках. При осмотре температура тела 38,2º С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче, крике, появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель.Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5х0,5 см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей. Общий анализ крови Нв-142 г/л, Э-4,32х1012/л,   
L-11,2х109/л, Э-2%, П-2%, С-64%, Л-28%, М-4%. СОЭ-24 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о принципах лечения пациента.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 27.**

К фельдшеру обратились с ребенком 6 лет, он упорно кашляет в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразно, иногда приступ сопровождается рвотой. После кашля отделяется небольшое количество стекловидной мокроты. Ребенку прививки не делали, так как страдает аллергодерматозом с рецидивирующим течением. Общее состояние не нарушено, температура 36,6º С. Между приступами ребенок играет.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.  Расскажите о принципах лечения пациента.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 28.**

Девочка, 13 лет, обратилась на консультацию к нефрологу с жалобами на избыточную массу тела, появление в анализах мочи большого количества белка при попытке отказаться от приема глюкокортикоидов. Больна с 3-х лет, когда после перенесенной ангины появились отеки, олигурия и протеинурия до 14 г/л. С тех пор постоянно получает 15 мг преднизолона в сутки.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Кожа лица красная, на лбу, бедрах и боковой поверхности живота цианотичные стрии. Подкожно-жировой слой развит неравномерно: избыточное отложение в области лица, шеи, груди, живота. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны ясные, ритмичные. А/Д 115/60 мм рт ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеспускание не нарушены.

В общих анализах мочи без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.  Расскажите о принципах лечения пациента.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 29.**

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 3-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезоточение, температура тела 38.0º-38.3ºС.

Эпид.анамнез: ребенок начал прививаться с 2-х летнего возраста, проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита. Контакт с инфекционными больными отрицается.

При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

#### Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.

2.  Расскажите о принципах лечения пациента.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Задача 30.**

Ребенок извлечен при помощи полостных щипцов в состоянии асфиксии. После проведенных мероприятий по оживлению через 5 мин. появилось самостоятельное дыхание. При осмотре: кожа ребенка бледная, цианоз вокруг рта и глаз, ребенок стонет, дыхание аритмичное, отмечается подергивание мышц лица и конечностей.

#### Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз, объясните тяжелое состояние ребенка.

2.  Расскажите о принципах лечения пациента.

3. Выпишите рецепт на лекарственный препарат.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по разделам: «Лечение пациентов терапевтического профиля», «Лечение пациентов детского возраста».**

**Задача 1.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого средней тяжести.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб:

* фебрильная лихорадка;
* одышка;
* кашель с отделением ржавой мокроты;
* боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком вдохе и кашле.

1. Данных анамнеза:

* острое внезапное начало с появлением потрясающего озноба, после значительного переохлаждения.

1. Осмотра:

* положение в постели с возвышенным головным концом.

1. Обследования дыхательной системы:

* отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки;
* крепитация шума трения плевры.

1. Тактика фельдшера:

* срочная госпитализация в терапевтическое отделение Центральной районной больницы специальным транспортом в присутствии врача или фельдшера, медицинская помощь в пути – по показаниям.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

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

Принципы лечения:

* диета №13, затем № 15;
* постельный режим, возвышенное изголовье, оксигенотерапия;
* обильное питье: минеральная вода, соки, чай с липовым цветом;
* антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам: цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, макролиды, фторхинолоны;
* дезинтоксикационная терапия: инфузия гемодеза, изотонического раствора натрия хлорида, реополиглюкина, раствора глюкозы 5%;
* симптоматическая терапия: муколитики, бронхолитики, сосудистые средства, жаропонижающие;
* отхаркивающие средства.

**Задача 2.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый бронхит.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы и данные анамнеза:

* общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела, сухой кашель;
* острое начало заболевания;
* связь заболевания с переохлаждением.

1. Объективные данные:

* субфебрильная температура;
* при аускультации – дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон.

Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ; микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам; R-графия легких.

1. 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;
* при сухом мучительном кашле вначале заболевания – противокашлевые препараты (либексин, глаувент);
* отхаркивающие средства (амбробене, термопсис, алтей, бромгексин, мать-и-мачеха, чабрец);
* отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны);
* при появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, доксициклин) или сульфаниламиды (бисептол, септрин).

**Задача 3.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб и данных анамнеза:

* слабость, потливость, одышка, кашель с выделение большого количества мокроты по утрам;
* длительность заболевания, наличие обострений.

1. Объективных данных:

* при осмотре: субфебрильная лихорадка, ЧДД 24 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.

1. Тактика фельдшера: пациент нуждается в госпитализации в терапевтическое отделение.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* 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;
* бронхография.

Принципы лечения в стационаре:

* режим постельный;
* диета № 15;
* антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин), или цефалоспорины, или макролиды;
* отхаркивающие и муколитические препараты: бромгексин, или лазолван, или амбробене, или амброксол;
* 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.

**Задача 4.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: экссудативный плеврит, правосторонний, средней тяжести. Дыхательная недостаточность I стадии.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб и данных анамнеза:

* слабость, потливость, , сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;
* постепенное начало заболевания;

1. Объективных данных:

* 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 относительной сердечной тупости;
* при пальпации: ослабление голосового дрожания, ЧДД 26 в мин.;
* при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

1. Тактика фельдшера: пациента госпитализировать в Центральную районную больницу, терапевтическое отделение.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ;
* рентгенография органов грудной клетки: затемнение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону;
* плевральная пункция;
* ЭКГ.

Принципы лечения в стационаре:

* постельный режим (высокое изголовье);
* диета № 15;
* 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 – цистостатики, при заболеваниях соединительной ткани – противовоспалительные препараты, анальгетики;
* дыхательная гимнастика;
* массаж грудной клетки.

**Задача 5.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ревматизм. Неактивная фаза. Ревматический комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. Хроническая сердечная недостаточность ст.IIБ. Стадия декомпенсации.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы:

* одышка;
* сердцебиение (при незначительной физической нагрузке).

1. Данные анамнеза:

- ревматический порок в течение 8 лет.

1. Объективные данные:

* акроцианоз, пастозность стоп и нижней трети голеней;
* расширение границ сердца вверх и влево;
* при аускультации на верхушке «ритм перепела»;
* 1 тон хлопающий;
* пресистолический шум;
* акцент II тона на легочной артерии;
* увеличение печени

1. Тактика фельдшера:

* госпитализация в центральную районную больницу и консультация ревматолога.

Обязательные исследования в стационаре:

* общий анализ крови (СОЭ – ускоренное);
* общий анализ мочи;
* биохимические исследования (общий белок и белковые фракции, фибриноген, С-реактивный протеин, сиаловые кислоты, серомукоид);
* титр антистрептококковых антител;
* ЭКГ;
* ФКГ;
* УЗИ сердца;
* рентгенологическое исследование сердца.

Принцип лечения:

* режим полупостельный;
* диета № 10 (ограничение соли, жидкости);
* противовоспалительная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен или диклофенак, или бруфен, или индометацин);
* стероидные препараты: преднизолон по схеме, метипред;

Лечение хронической сердечной недостаточности:

* антагонисты кальция: фенодипин, верапамил;
* ингибиторы АПФ: перидоприл (престариум) 4 мг, или рамиприл 2,5-5 мг, или трандоларпил 2 мг;
* β-адреноблокаторы: метопролол, пропранолол, бисиндолол;
* сердечные гликозиды: дигоксин, дигитоксин;
* диуретики: фуросемид 40 мг, панангин, триампур, верошпирон.

Вторичная профилактика:

* бензилпенициллин в дозе 2,4 млн. ЕД внутримышечно 1 раз в 3 недели пациентам, перенесшим достоверную атаку ревматизма в детстве, до достижения ими 25-летнего возраста, а у лиц с неблагоприятными социальными условиями или при наличии факторов риска – и более продолжительное время.

**Задача 6.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная тахиаритмия. Хроническая недостаточность кровообращения II ст.Б.

DS поставлен на основании:

Жалоб и данных анамнеза:

* признаки сердечной недостаточности: постоянная одышка, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке, сердцебиения, аритмия;
* признаки застоя крови по малому кругу кровообращения: одышка;
* признаки застоя крови в большом кругу кровообращения: тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах, увеличение живота;
* перенесенный ранее инфаркт миокарда.

Объективных данных:

* при осмотре: отеки на ногах, голенях, стопах, акроцианоз, ЧДД 30 в мин, живот увеличен в объеме, имеет форму «лягушачьего»;
* при аускультации: дыхание ослабленное, в нижних отделах - средние и мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧСС 116 в мин;
* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при пальпации: печень значительно увеличена и нижний край доходит до пупочной линии, пульс аритмичен.

1. Тактика фельдшера: госпитализация пациента в кардиологическое отделение.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* биохимический анализ крови (калий, натрий, сахар, билирубин, холестерин, β-липопротеиды);
* ЭКГ;
* УЗИ органов брюшной полости;
* УЗИ сердца.

Принципы лечения в стационаре:

* режим постельный, высокое изголовье;
* диета № 10: ограничение поваренной соли и жидкости, добавление продуктов, богатых калием;
* оксигенотерапия;
* диуретики: верошпирон, фуросемид;
* ингибиторы АПФ: эналаприл или рамиприл;
* β-адреноблокаторы: пропранолол или бимидолол или метапролол;
* нитраты пролонгированного действия: изосорбид-5-мононитрат;
* метаболическая терапия: рибоксин, неотон.

## Задача 7.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: ИБС: стенокардия впервые возникшая.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб:

* боли за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующие в левую лопатку, под левую ключицу, продолжительностью 2-5 мин. Боли возникают при ходьбе, в покое проходят.

1. Данных анамнеза:

* боли беспокоят около 1 месяца;
* отец умер от инфаркта миокарда.

1. Объективных данных:

* избыточная масса тела.

1. Тактика фельдшера: госпитализация пациента в кардиологическое отделение.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* биохимическое исследование крови: увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов;
* электрокардиография: может быть снижение сегмента ST в момент приступа;
* велоэргометрия;
* суточное мониторирование по методу Холтера.

Принципы лечения в стационаре:

* режим палатный;
* диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием;
* медикаментозное лечение: нитраты пролонгированного действия (нитросорбид, изосорбид-5-мононитрат, кардикет). При отсутствии эффекта монотерапии нитраты комбинируют с β-адреноблокаторами (атенолол, анаприлин), антагонистами кальция (коринфар, кордипин);
* пациент нуждается в обучении принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период;
* 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 нитроминт или аэросонит на слизистую щеки;
* при отсутствии эффекта через 2-3 минуты прием нитроглицерина повторить;
* при отсутствии эффекта вызвать бригаду скорой помощи.

**Задача 8.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический гастрит типа В с сохраненной секрецией в стадии обострения.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб и данных анамнеза:

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

1. Объективных данных:

* при осмотре: язык обложен белым налетом;
* при пальпации живота: болезненность в эпигастральной области.

1. Тактика фельдшера: пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* 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.

Принципы лечения:

* диета № 1, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в теплом виде. Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты;
* антациды: фосфалюгель, ренни, гастал, гастрин-гель;
* Н2-гистаминоблокаторы: ранитидин, квамател;
* холинолитики: гастроцепин, платифилин;
* при выявлении геликобактера при эндоскопическом исследовании провести эрадикационную терапию: пилоцид + метронидазол + амоксицилин.

**Задача 9.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: хронический вирусный гепатит В, выраженная степень активности. Астено-невротический синдром.

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: выраженные постоянные боли в области правого подреберья с иррадиацией в правую лопатку, чувство тяжести в правом подреберье, чувство распирания в животе, периодическую тошноту, сухость и горечь во рту по утрам, снижение аппетита, слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, поверхностный тревожный сон, раздражительность.
* Анамнеза: гемотрансфузия, перенесенный вирусный гепатит, диеты не придерживается, прием пищи нерегулярный, табакокурение.
* Данных объективного обследования: кожа и слизистые субиктеричны, на коже груди и конечностей единичные геморрагии, ярко красные ладони, склеры субиктеричные, увеличены лимфоузлы, пониженное питание, умеренно болезненный живот при пальпации в правом подреберье и эпигастрии, увеличение и уплотнение печени, увеличение селезенки, сомнительный симптом Пастернацкого (сотрясение) справа – возможно боли возникают из-за болезненности, возникающей в результате сотрясения увеличенной печени.

1. Тактика фельдшера: госпитализация в Центральную районную больницу, консультация гастроэнтеролога.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, альдолаза, билирубин, β-липопротеиды, холестерин, протромбин, мочевина, глюкоза, тимоловая проба);
* исследование мочи на билирубин;
* исследование крови на АвsAg, НвеAg, антитела к HbsAg, HbeAg, HbcAg;
* пункционная биопсия печени;
* ультразвуковое сканирование печени;
* радиоизотопное сканирование печени;
* ФГДС.

Принципы лечения в стационаре:

* режим палатный;
* избегать длительного голодания;
* инфузии кристаллоидов, 5% глюкозы, альбумина;
* лактулоза 20-30 г 3 раза в день;
* энтеродез, полифепам и др. энтеросорбенты;
* введение бактерийных препаратов (ацелакт, линнекс, лактобактерин, колибактерин, бификол и др.);
* лейкоцитарный интерферон 3-5 млн ЕД 3 раза в неделю в/м, п/к на протяжении 6 мес;
* преднизолон 15-20 мг/сут однократно утром после еды в течение 1-2 мес, затем дозу снизить до поддерживающей 7,5-10 мг/сут, утром;
* азатиоприн 100 мг/сутки, затем снизить до поддерживающей 50 мг/сут;
* урсосан (хеносан, урсофалк) длительно 10 мг/кг/сут, т.е. по 250 мг 3 раза в сутки;
* гептрал 5-10 мл (400-800) в/в или в/м.

**Задача 10.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, рецидивирующее течение.

Обоснование диагноза:

* Жалобы: интенсивные боли в эпигастрии справа, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, ночные и «голодные» боли, проходящие после приема пищи, упорная изжога, отрыжка и рвота кислым, приносящая облегчение. Запоры, нарушение сна, раздражительность, быстрая утомляемость, пониженное настроение.
* Анамнез: давность заболевания 2 года, эффект от обволакивающей и противовоспалительной терапии, биогенных стимуляторов, сезонность течения заболевания. Связь заболевания с нарушениями диеты и режима питания, курение, характер работы, связанный с нарушением сна и отдыха, режимов приема пищи, психоэмоциональными перегрузками.
* Данные объективного обследования: язык чистый, живот болезненный при пальпации в эпигастрии справа, положительный симптом Менделя.

1. Тактика фельдшера: Пациент нуждается в госпитализации в терапевтическое отделение.

Дополнительные методы обследования:

* общий анализ крови, мочи, кала;
* исследование кала на скрытую кровь;
* биохимический анализ крови (билирубин, трансаминазы, альдолаза, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции);
* исследование секреторной функции желудка: анализ желудочного сока фракционным методом с экзогенным раздражителем;
* ФГДС с биопсией;
* рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки.

Принципы лечения в стационаре:

* диета № 1;
* антисекреторные препараты:

+ Н2-блокаторы гистаминовых рецепторов: фамотидин, или ранитидин, или омепразол;

+ М-холинолитики: гастроцепин, либо атропин;

+ даларгин;

* антациды: альмагель, или актал, или гастал, или маалокс;
* средства терапии язвенной болезни, ассоциированной с геликобактером:

+ омепразол (омез, лосек) 20-80 мг в сутки в 1-2 приема;

+ кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день – 7 дней;

+ метранидазол (клион) 500 мг 2 раза в день с едой – 7 дней;

* препараты, нормализующие моторику: церукал, мотилиум;
* седативные средства.

**Задача 11.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: хронический алкогольный панкреатит, болевая форма, непрерывно рецидивирующее течение.

Обоснование диагноза:

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: боли в эпигастрии и левом подреберье, иногда опоясывающие, усиливающиеся после приема пищи через час, провоцируются жирной, острой пищей, алкоголем. Появление «голодных» болей, которые не проходят после приема пищи или «Альмагеля», отрыжка воздухом, съеденной пищей, тошнота, вздутия живота, поносы, похудание, нарастание мышечной слабости, утомляемости.
* Анамнеза: болен около года, работа связана с тяжелыми физическим нагрузками, нерегулярное питание, пристрастие к острой, жирной пище, алкоголю.
* Объективного исследования: подкожно-жировой слой истончен, снижен тонус мышц, язык густо обложен серым налетом, живот умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье, болезненность в зоне Шоффара, положительный симптом Мейо-Робсона слева.

1. Тактика фельдшера: госпитализация в терапевтическое отделение. Консультация гастроэнтеролога.

Дополнительные исследования в стационаре:

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* биохимический анализ крови (общий белок, электрофорез белков, билирубин, сахар крови, щелочная фосфатаза);
* определение уровня глюкозурии;
* определение уровня амилазы в крови и моче;
* определение содержания панкреатических ферментов в дуоденальном соке, крови, моче одновременно;
* копрологическое исследование;
* рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;
* прицельный снимок брюшной полости в проекции поджелудочной железы;
* УЗИ органов брюшной полости;
* эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография;
* фиброгастродуоденоскопия;
* ангиография поджелудочной железы;
* компьютерная томография.

Принципы лечения:

* на 1-3 дня режим «голод, холод, покой», затем
* стол № 5 П по Певзнеру, то есть вареная пища с повышенным содержанием полноценного белка (120 г/сут). Исключить моно- и дисахариды. Физиологическая норма углеводов (300-400 г/сут) обеспечивается полисахаридами. Жиры ограничить до 70-90 г/сут. Запрещается алкоголь, газированные напитки, консервы, специи, кислые соки, кислые сорта фруктов.

Купирование болевого синдрома:

* спазмолитики: но-шпа, баралгин;
* п/к соматостатин (сандостатин) по 50 мг через 12 часов при болевом синдроме.

Лечение дуоденостаза:

* в/в капельно Н2-гистаминоблокаторы: фоматидин 20 мг (квамател) или ранитидин (зантак, рантак) 50 мг в течение 3-5 дней;
* маалокс, фосфалюгель внутрь через каждые 2-3 часа;
* в/в инфузия кристаллоидов (изотонический раствор натрия хлорида, глюкоза 5%), реополиглюкина, альбумина;
* гемодез 300 мл/сут в/в;
* 10% раствор альбумина;
* Непрерывная аспирация кислого желудочного содержимого через тонкий зонд (рН желудочного содержимого 5,0).
* прокинетики: цизаприд (координакс), метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум) по 10 мг 3-4 раза в сутки.

Антибактериальная терапия:

* полусинтетические антибиотики: цефалоспорины.

После купирования болевого синдрома (обычно с 4 дня от начала лечения):

* дробное питание с ограничением животного жира;
* перед каждым приемом пищи ферментный препарат: панцитрат (1-2 капсулы), креон (1-2 капсулы);
* постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии, назначение внутрь: раницидин или фамитидин, домперидон или цизаприд, дебридат.

**Задача 12.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: хронический некалькулезный холецистит в стадии обострения.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы:

* тупые ноющие боли в правом подреберье
* связь с приемом обильной жирной, острой пищи и жареных блюд
* ощущение сухости, горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул

2) Данные анамнеза:

* длительность заболевания 12 лет

3) Объективные данные:

* субфебрильная температура
* при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка
* при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье и в точке проекции желчного пузыря

1. Тактика фельдшера: пациентка нуждается в амбулаторном лечении

Дополнительные методы исследования:

* общий анализ крови
* кровь на холестерин, амилазу, сахар, общий билирубин и его фракции, трансаминазы (АСАТ, АЛАТ), щелочную фосфатазу, общий белок и белковые фракции
* общий анализ мочи
* копрограмма
* дуоденальное зондирование
* бактериологическое исследование дуоденального содержимого
* УЗИ печени и желчного пузыря
* эзофагогастродуоденоскопия
* рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков
* рентгенологическое исследование органов грудной клетки
* ЭКГ

Принципы лечения:

* режим полупостельный
* диета № 5, исключение жирных, острых и жареных блюд, питание должно быть дробным не реже 4-5 раз в день
* купирование болевого синдрома: холинолитики, миотропные спазмолитики, при необходимости ненаркотические анальгетики
* антибактериальная терапия: антибиотики широкого спектра действия, нитрофураны, сульфаниламидные препараты
* симптоматическая лекарственная терапия: желчегонные, ферментные, антацидные препараты
* при необходимости дезинтоксикационная терапия: отвары шиповника, щелочные минеральные воды
* нормализация функций вегетативной нервной системы: седативные препараты, психотерапия
* повышение общей реактивности организма
* физиотерапевтическое лечение в период стихания обострения

**Задача 13.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: Острый гломерулонефрит.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: головная боль, повышение температуры тела до 39,50 С, отеки на лице, общая слабость, ноющие боли в пояснице, мутная моча.

Анамнеза: 2 недели назад перенес ангину.

Объективных данных: температура 39,50 С, лицо бледное, одутловатое, тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте, тахикардия, АД 170/100 мм.рт.ст., симптом Пастернацкого (+) с обеих сторон, учащенное мочеиспускание.

1. Тактика фельдшера: госпитализировать пациента в терапевтическое отделение стационара Центральной районной больницы. Консультация нефролога.

Необходимые дополнительные методы исследования в стационаре:

* Общий анализ мочи
* Анализ мочи по Нечипоренко
* Проба по Зимницкому
* Посев мочи
* УЗИ почек
* Биохимический анализ крови на белок и белковые фракции, на АСЛО
* Проба Реберга
* Ренография
* Электрокардиография
* Флюорография грудной клетки

Принципы лечения в стационаре:

* Строгий постельный режим до нормализации температуры и АД, улучшения показателей мочи
* Диета № 7, а в первые два дня – голод и жидкость равная диурезу за предыдущие сутки, на 3-е сутки – жидкости на 300-400 мл больше диуреза за предыдущие сутки. С 3-их суток – ограничение жидкости и соли до 5,0 в сутки. Диета должна быть богатая калием – изюм, курага, творог, печеный картофель
* Антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (преимущественно гр.пенициллинов)
* Симптоматическая терапия (диуретики, гипотензивные)
* Препараты, улучшающие микроциркуляцию в почках (курантил, гепарин)
* При неэффективности лечения (кортикостероиды – преднизолон 1 мг/кг в сутки, или цитостатики – азатиоприн 1,5-3 мг/кг массы тела в сутки)
* В крайне тяжелых случаях можно сочетать – преднизолон + азатиоприн + гепарин + курантил

**Задача 14.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: Хронический гломерулонефрит в стадии обострения, смешанный вариант.

Диагноз поставлен на основании:

1) Жалоб: головная боль, отеки на лице, резкая слабость, одышка при быстрой ходьбе.

2) Объективных данных: температура 38,00 С, бледные кожные покровы, отеки на лице, пастозность на ногах, тоны сердца приглушены, гипертрофия левого желудочка, АД 175/100 мм.рт.ст., пульс 88 уд/мин.

3) Анамнеза: в 16-летнем возрасте больной перенес острый гломерулонефрит.

1. Тактика фельдшера: пациента необходимо госпитализировать в стационар.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* Общий анализ мочи
* Анализ мочи по Нечипоренко
* Проба Реберга
* Проба по Зимницкому
* УЗИ почек
* Изотопная ренография
* Общий анализ крови
* Биохимический анализ крови на белок и белковые фракции
* Электрокардиография
* Флюорография грудной клетки

Принципы лечения в стационаре:

* Режим постельный до нормализации температуры
* Диета № 7 с ограничением соли до 6-4 г/сут. и жидкости, которая равна суточному диурезу
* Для снижения температуры назначаются антибиотики и, преимущественно, группы пенициллина с учетом чувствительности
* Симптоматическая терапия (гипотензивные – ингибиторы АПФ: каптоприл, энам, энап, эналаприл или β-адреноблокаторы: обзидан, анаприлин; антагонисты кальция: коринфар, нифедипин; диуретики: некалийсберегающие - фуросемид и калийсберегающие – верошпирон)
* Нестероидные противовоспалительные препараты – рулид, индометацин и другие
* Антикоагулянтные препараты – гепарин по 10 000 ЕД п/к в сутки под контролем свертывания крови
* Дезагреганты – курантил 75 мг в сутки
* При неэффективности лечения – глюкокортикоиды: преднизолон 1 мг/кг массы тела в сутки или цитостатики: азатиоприн 1,5-3 мг/кг массы тела в сутки. Можно сочетать как при остром гломерулонефрите: преднизолон + азатиоприн + гепарин + курантил.

**Задача 15.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: острый пиелонефрит.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: тупые боли в правой половине поясницы, частое мочеиспускание, температура 38,40 С, общая слабость, ломота в мышцах, отсутствие аппетита

Объективных данных: температура 38,40 С, положительный симптом Пастернацкого справа, тахикардия

Возникновение заболевания связывает с переохлаждением.

1. Тактика фельдшера: пациента необходимо госпитализировать на лечение в стационар

План обследования в стационаре:

* Общий анализ мочи
* Анализ мочи по Нечипоренко
* Проба Реберга
* Посев мочи
* УЗИ почек
* Изотопная ренография
* Хромоцистоскопия
* Общий анализ крови
* ЭКГ
* Флюорография грудной клетки

Принципы лечения в стационаре:

* постельный режим до нормализации температуры, диуреза
* стол № 7, с ограничением соли, но достаточным количеством жидкости: клюквенный морс, минеральная вода, соки, настои трав

Антибактериальная терапия:

* антибиотики с учетом чувствительности возбудителя: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины
* нитрофураны – фурадонин, фурагин
* фторхинолоны – нолицин, нефлоксацил
* производные пипемидиновой кислоты: пимидель, палин (200 мг в 1 капсуле; назначают по 2 капсулы 2 раза в день утром и вечером в течение 10-15 дней)
* при выраженной интоксикации – дезинтоксикационная терапия
* при сильных болях – баралгин, свечи с беладонной

**Задача 16.**

## ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS Диффузный токсический зоб II степени, средней степени тяжести.

Обоснование диагноза:

1. Данные анамнеза:

* жалобы на сердцебиение, похудание на 8 кг, плаксивость, тревожное состояние, беспокойный сон.

1. Объективные данные:

* пониженное питание;
* гипергидроз;
* увеличение щитовидной железы;
* экзофтальм;
* положительные глазные симптомы;
* тахикардия;
* артериальная гипертензия.

1. Тактика фельдшера: направить пациентку в Центральную районную больницу. Консультация эндокринолога.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Биохимический анализ крови: холестерин, общий белок и белковые фракции, сахар крови
* Исследования гормонов Т3, Т4, ТТГ
* УЗИ щитовидной железы
* Сканирование щитовидной железы
* Определение йоднакопительной способности щитовидной железы

Принципы лечения в стационаре:

* режим полупостельный;
* диета полноценная с достаточным содержанием витаминов, белков;
* тиростатические средства: мерказолил (тиамазол, карбимазол, метилмазол);
* β-адреноблокаторы пропроналол (анаприлин), тразикор, обзидан, спесикор, корданум;
* седативные средства: валериана, настойка пустырника;
* транквилизаторы: мебикар, фенозенам, сибазон (седуксен);
* гипотензивные средства: антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, диуретики;
* лечение офтальмопатии: носить темные очки, спать с приподнятым изголовьем, периодически принимать мочегонные;
* хирургическое лечение.

**Задача 17.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия вследствие меноррагий (на фоне гиперполименорреи), средней степени тяжести.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы:

* одышка;
* головокружение;
* сердцебиение;
* пристрастие к мелу, запаху свежей побелки;
* быстрая утомляемость.

1. Объективные данные:

* трещины в уголках рта (явления ангулярного стоматита);
* кожа бледная, сухая;
* волосы тусклые, секутся;
* ногти ломкие, ложкообразные;
* систолический шум на верхушке сердца;
* тахикардия.

1. Лабораторные данные:

* снижение цветового показателя;
* повышение СОЭ;
* снижение количества эритроцитов;

1. Дополнительные методы исследования в стационаре:

* общий анализ крови с определением ретикулоцитов и тромбоцитов
* средний объем эритроцитов
* общий анализ мочи
* общий анализ кала
* кал на скрытую кровь (реакция Грегерсена)
* исследование железа сыворотки крови, определение общей железосвязывающей способности сыворотки
* исследование желудочного содержимого фракционным методом
* фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопиия, ирригоскопия
* УЗИ органов брюшной полости и женских половых органов
* консультация гематолога
* консультация гинеколога
* исследование миелограммы с определением гемосидерина

Принципы лечения после обязательной консультации гематолога:

* режим общий;
* диета с повышенным содержанием железа (мясо, печень, яйца, зеленые яблоки, гранаты);
* препараты железа внутрь (тардиферон, ферроплекс, сорбифер, фенюльс);
* после нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа за 10 дней до и во время менструации.

**Задача 18.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Хронический лимфолейкоз II стадия (развернутая), анемия.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы:

* слабость;
* недомогание;
* утомляемость;
* снижение трудоспособности;
* потливость;
* увеличение лимфоузлов.

1. Данные анамнеза:

* в течение нескольких лет отмечает частые простудные заболевания;
* гнойничковые высыпания на коже;
* пожилой возраст;
* мужской пол.

1. Объективные данные:

* астеническое телосложение;
* увеличенные подчелюстные, задние шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы;
* рыхлые десна;
* на слизистой щек и полости рта геморрагии;
* единичные язвочки;
* печень и селезенка увеличены.

1. Тактика фельдшера: направить больного в Центральную районную больницу, консультация гематолога.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов
* биопсия лимфоузлов
* стернальная пункция
* исследование миелограммы
* УЗИ печени, селезенки, лимфоузлов в брюшной полости
* рентгенография органов грудной клетки

Принципы лечения в стационаре:

* режим палатный;
* диета полноценная, витаминизированная, высококалорийная;
* цитостатики: циклофосфан, хлорбутин (лейкеран);
* полихимиотерапия ЦВП (циклофосфан, винкритин, преднизолон);
* лучевая терапия при опухолевой и спленомегалической формах;
* антибактериальная терапия при присоединении инфекционных осложнений: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, макролиды, аминогликозиды
* глюкокортикостероиды при цитопенических осложнениях

**Задача 19.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Носовое кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: слабость, повышение температуры до 37,80 С, потливость, плохой аппетит, носовые кровотечения.
* Результатов объективного обследования: бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь на коже верхних конечностей и груди, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, пульс 102 уд/мин, приглушенные тоны сердца, АД 100/80 мм.рт.ст.
* Данных лабораторных исследований: резкое снижение тромбоцитов до 40×109/л, увеличение количества эозинофилов до 8%, уменьшение количества эритроцитов до 2,5×1012/л; Нв 86 г/л, ускорение СОЭ до 48 мм/час.

1. Тактика фельдшера: направить на консультацию гематолога для решения вопроса о госпитализации в гематологическое отделение.

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* определение длительности кровотечения;
* определение скорости свертывания крови;
* определение ПТИ;
* коагулограмма;
* определение количества тромбоцитов и ретикулоцитов;
* стернальная пункция и исследование миелограммы;
* трепанобиопсия;
* исследование гемосидерина в моче;
* морфологический и функциональный анализ тромбоцитов;
* обнаружение антиэритроцитарных антител при помощи пробы Кумбса;
* проведение агрегат-агглютинационной пробы;
* изучение семейного анамнеза;
* изучение анамнеза жизни;
* флюорография органов грудной клетки;
* биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, креатинин, мочевина, электрофорез белков, сахар крови);

Принципы лечения в стационаре:

* диета № 15
* глюкокортикостероиды: преднизолон, метипред;
* гипериммунный γ-глобулин (сандоглобулин 400 мг/кг на курс в течение 5 дней);
* местный гемостаз (гемостатическая губка, адроксон, тампоны с ε-акк, ПАМБА);
* при рецидивах решается вопрос о спленэктомии;
* если операция противопоказана, а также после неэффективной спленэктомии обсуждается лечение цитостатиками (винкристин 2 мг в неделю в/в, циклофосфан 400 мг через день);
* ε -аминокапроновая кислота внутрь 4 г в сутки;
* гемостатическая терапия: дицинон 12,5% 2 мл в/м 2 раза в день;
* исключить прием препаратов, нарушающих агрегационные свойства тромбоцитов. Нельзя переливать донорские тромбоциты.
* препараты железа – фенюльс 1 капс 2 раза в день (тардиферон, фероградумет);
* рибоксин 0,2 по 1 таб 2 раза вдень;
* панангин по 2 таб 3 раза вдень.

**Задача 20.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: витамин В12- дефицитная анемия

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: общая слабость, повышенная утомляемость, одышка и сердцебиение, усиливающиеся при физической нагрузке, ощущение ползания мурашек и онемения в области нижних конечностей, болезненность и жжение кончика языка.
* Данных объективного обследования: кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком, тахикардия, пульс 112 уд/мин.
* Результатов лабораторных исследований: снижение эр. 1,6×1012/л; Нв 72 г/л; увеличение ц.п. – 1,35; увеличение СОЭ – 48 мм/час, обнаружение телец Жолли и колец Кебота.

1. Тактика фельдшера: консультация гематолога для решения вопроса о госпитализации в гематологическое отделение

Дополнительные исследования в стационаре:

* общий анализ крови с определение количества ретикулоцитов и трмбоцитов
* биохимический анализ крови с определением билирубина, общего белка и белковых фракций, трансаминаз
* исследование кала на яйца гельминтов
* стернальная пункция
* фиброгастродуоденоскопия;
* колоноскопия;
* ирригоскопия;
* рентгенография желудка
* анализ желудочного сока фракционным методом с парентеральным раздражителем
* консультация гематолога
* консультация невропатолога;
* при необходимости консультация гастроэнтеролога.

Принципы лечения:

* полноценная диета, белковая, витаминизированная, богатая витамином В12 и фолиевой кислотой (мясомолочные продукты, свежие овощи и фрукты)
* витамин В12 (цианкобаламин)
* фолиевая кислота
* метаболическая терапия: рибоксин, панангин

**Задача 21.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: острый лимфобластный лейкоз, развернутый период (первая атака), геморрагический синдром.

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр (38,00 С), озноб, потливость, тошнота, плохой аппетит, носовое кровотечение, кровоточивость десен, моча кровянистая (микрогематурия).
* Анамнеза заболевания: длительность заболевания небольшая – 1 месяц, неоднократно переносимые вирусные заболевания, должен быть учтен молодой возраст пациента.
* На основании данных объективного обследования: бледность кожи, наличие геморрагической сыпи, увеличение многих групп лимфоузлов (шейных, подмышечных, паховых), тоны сердца приглушены, пульс 102 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены.
* Результатов лабораторных исследований: анализ крови: уменьшение количества эритроцитов, гемоглобина, цветового показателя, лейкоцитов и тромбоцитов, в моче крови преобладание лимфоцитов (80,2%), бластемия (бластные клетки в большом количестве), ускорение СОЭ до 48 мм/час. Анализ мочи: микрогематурия.

1. Тактика фельдшера: пациент нуждается в обязательной госпитализации, консультации гематолога

Дополнительные методы исследования в стационаре:

* стернальная пункция с исследованием стернального биоптата; трепанобиопсия;
* биопсия лимфоузлов;
* определение количества ретикулоцитов;
* люмбальная пункция с исследованием ликвора;
* определение длительности кровотечения;
* коагулография;
* биохимические исследования крови (общий белок, А/Г коэффициент, электрофорез белков, билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ);
* кровь на гемокультуру.

Принципы лечения в стационаре:

* режим постельный, уход за кожей, полостью рта и носа
* поместить пациента в боксированную палату с подачей стерильного воздуха, режим стерильности как в операционных
* диета № 15 (полноценная, высококалорийная)
* цитостатическая терапия: винкристин, преднизолон, циклофосфан, цитозар
* антибиотикотерапия с целью лечения бактериальных осложнений (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины)
* дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% р-р глюкозы)
* по показаниям трансплантация костного мозга
* переливание компонентов крови

**Задача 22.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. DS: Ревматоидный артрит: полиартрит, серопозитивный, медленно прогрессирующее течение, активность II, II рентгенологическая стадия. ФН II.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы и данные анамнеза:

* боли в суставах, утренняя скованность;
* постепенное начало заболевания.

1. Объективные данные:

* деформация пораженных суставов, гиперемия, болезненность и ограничения в области движений.

1. Дополнительные лабораторные и и нструментальные методы исследования:

* лимфоцитоз, ускоренное СОЭ, СРБ++, диспротеинемия, А/Г – 0,69, ревматоидный фактор 1 : 128, повышенный серомукоид, фибриноген;
* рентгенологические данные.

1. Тактика фельдшера: пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения, консультация ревматолога.

Принципы лечения в стационаре:

* режим палатный;
* диета полноценная, витаминизированная, стол № 15;
* кортикостероидные противовоспалительные средства (преднизолон 10-15 мг/сут);
* нестероидные противовоспалительные средства;
* производные индолуксусной кислоты: индометацин 0,025 2 раза в день, сулидак 400 мг 3 раза в день, или производные пропионовой кислоты: ибупрофен 200 мг 2 раза в день, напроксен 250 мг 2 раза в день, сургам 300 мг 2 раза в день, или производные фенилуксусной кислоты: диклонак-натрий (вольтарен, ортофен) 0,025, или оксикамы: пироксикам 10 мг 2 раза в день, теноксикам 20 мг 1 раз в день;
* иммунодепрессанты (имуран, азотиоприн, метатрексат);
* 4-аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил);
* иммуномодулирующие методы: плазмоферез, криоферез, лазерное облучение крови;
* иммуностимуляторы: тимоген, тимолин, левамизол, Т-активин;
* физиотерапия, ЛФК, массаж.

**Задача 23.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У ребенка рахит II степени, стадия разгара. Анемия железодефицитная, легкая степень. Заключение основано на данных анамнеза: грудное вскармливание только до 2-х месяцев, раннее введение прикорма, отсутствие в питании овощей и фруктовых соков, не получал с профилактической целью витамин Д.

Объективное обследование: потливость, бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса, выраженная деформация со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей.

Лабораторные исследования: в крови небольшое снижение гемоглобина, снижение фосфора и кальция в сыворотке крови.

Дополнительным симптомом данной формы заболевания является краниотабес размягчение отдельных участков затылочной кости, которое определяется пальпаторно. На уровне прикрепления диафрагмы возникает западение, "гаррисонова борозда", нарушены сроки и порядок прорезывания зубов.

2.В данном случае ребенок не нуждается в срочной госпитализации в стационар, и при удовлетворительных материально-бытовых условиях можно провести лечение на дому.

В первую очередь необходимо назначить правильное питание с ежедневным включением в рацион овощного пюре, коровьего молока, кефира, тертого яблока, желтка, творога, нежирных мясных бульонов, фрикаделек, печени. В течение 30-45 дней ребенок должен получать специфическое лечение рахита витамином Д в виде кальциферола 1600 МЕ в сутки. Учитывая наличие у ребенка анемии, следует назначить препараты железа (сироп алоэ с железом), аскорбиновую кислоту, витамин В1. Необходимы массаж, ежедневная лечебная гимнастика, хвойные ванны, прогулки на свежем воздухе.

**Задача 24.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Острый пиелонефрит.

Диагноз обоснован данными анамнеза и жалобами: у ребенка слабость, боли в животе, повышение температуры по вечерам, частое мочеспускание, мутная моча.

 Дополнительными симптомами заболевания являются симптомы интоксикации: утомляемость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, боли в поясничной области, наличие отеков.

2. Лечение пиелонефрита комплексное. Ребенку назначают соответствующие его состоянию режим и диету, антибактериальные и стимулирующие препараты. Строгий постельный режим в острый период заболевания до улучшения состояния и самочувствия, нормализации температуры тела, анализов мочи и крови.

Больной ребенок должен часто мочиться. Для этого следует строго соблюдать режим приема пищи и питья.

Назначают антибиотики. Проводят фитотерапию. В качестве иммунокорригирующих средств применяют лизоцим, продигиозан, метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия.

При повышении артериального давления назначают гипотензивные препараты.

Лечебное питание строится по принципам молочно-растительной диеты с умеренным количеством белка и соли. Не разрешаются жареные блюда, мясные бульоны. По мере стихания проявлений пиелонефрита ребенка переводят на стол № 5. При наличии обменных нарушений ограничивают применение рыбы и мяса до 2 раз в неделю, преимущественно в отварном, тушеном виде с использованием картофельно-капустной диеты. Показано обильное питье.

**Задача 25.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. У девочки 4-х лет локализованная форма дифтерии зева. Диагноз поставлен по данным анамнеза, жалоб объективного обследования: слабость, небольшая боль в горле, t-37,9º С, гиперемия зева, на увеличенных миндалинах налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Эпидемический анамнез: отсутствие вакцинации по медицинским показаниям.

2. Ребенок изолируется в инфекционный стационар, для уточнения диагноза берутся мазки из зева на дифтерийную палочку Леффлера. Постельный режим, лечение антитоксической противодифтерийной сывороткой.

 Постельный режим, полноценное, витаминизированное питание.

Главное в лечении всех форм дифтерии нейтрализация дифтерийного токсина антитоксической противодифтерийной сывороткой. Доза сыворотки зависит от формы и тяжести заболевания. Перед введением лечебной дозы проводят пробу по методу Безредки с помощью 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки, введенной внутрикожно; через 30 мин. 0,2 мл неразведенной сыворотки вводят подкожно и через 1,5 часа внутримышечно остальное количество сыворотки. При локализованных формах дифтерии сыворотку вводят обычно однократно.

**Задача 26.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Острая пневмония, мелкоочаговая двухсторонняя. Заключение основано на:

* данных анамнеза заболевания: повышение температуры тела до 38,2º С, влажный кашель, снижение аппетита;
* данных объективного исследования: выражены признаки дыхательной недостаточности (одышка с участием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, втяжение межреберий), изменения в легких: перкуторный звук с легким тимпаническим оттенком, аускультативно: на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие мелких, среднепузырчатых влажных хрипов. Изменения на RО-грамме органов дыхания: мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах легких с обеих сторон;
* изменениях в периферической крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ).

Дополнительные симптомы:

* локальная крепитация;
* бронхофония;
* нарушение функции ЖКТ;
* потеря массы тела.

2. Ребенок подлежит обязательной госпитализиции. Доврачебная помощь: борьба с гипертермией, дыхательной недостаточностью транспортировка в сопровождении медработника в пульмонологическое отделение.

 Диагностическая программа в стационаре: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов дыхания в динамике после лечения курсами антибиотиков, ЭКГ, биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, СРБ, сиаловые кислоты, электролиты), иммунограмма (при затяжном атипичном течении пневмонии). Вирусологическое бактериологическое исследование крови, мокроты. Консультации пульмонолога, аллерголога, фтизиатра. Исследование электролитов в поте (Na,Cl).

 Лечебная программа в стационаре.

* постельный режим в остром периоде, часто переворачивать, брать на руки;
* питание рациональное, дополнительное введение жидкости;
* регулярное проветривание помещения, оксигенотерапия;
* антибиотикотерапия (пенициллин, 100 000 ЕД на 1 кг/сутки внутримышечно 4 раза в день, ампициллин из расчета 50100 мг/кг в сутки);
* дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы, реополиглюкин);
* противокашлевая терапия (щелочные ингаляции, сироп бромгексина, 1% раствор йодистого калия по чайной ложки 3 раза в день);
* фитотерапия (мать-мачеха, термопсис, алтей, девясил);
* отвлекающая терапия после нормализации температуры (тепловые процедуры);
* витаминотерапия (витамины С, А, Е, В1, В2, В6);
* физиотерапия (УФО, СВЧ, УВЧ, электрофорез);
* лечебная гимнастика пассивная, массаж грудной клетки.

**Задача 27.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Коклюш. Заключение основано на данных анамнеза, а именно жалоб: упорный кашель в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразный, с рвотой, с отхождением в конце кашля стекловидной мокроты. Отсутствие специфической профилактики. Данных объективного исследования: слабой выраженности симптомов интоксикации (температура 36,6º С, общее состояние не нарушено), характерного приступообразного кашля.

 Дополнительные симптомы:

* кровоизлияния в склеры и язвочка на уздечке языка вследствие постоянной травматизации уздечки зубами.
* у детей раннего возраста может быть апноэ;
* одутловатость лица;
* приступы спазматического кашля можно спровоцировать при надавливании на корень языка, козелок уха.

2. Доврачебная помощь. Лечение возможно в домашних условиях, но при тяжелом течении госпитализация в инфекционное отделение. Подача экстренного извещения. Транспортировка больного в положении сидя в инфекционное отделение.

 Диагностическая программа в стационаре:

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* посев слизи из зева на специальные питательные среды для выделения возбудителя либо используется метод "кашлевых пластин";
* реакция агглютинации,
* реакция связывания комплемента;
* посев мокроты на флору;
* рентгенография органов дыхания.

Лечебная программа:

* лечебно-охранительный режим;
* достаточная оксигенация;
* антибиотики в остром периоде при тяжелом течении заболевания (ампициллин, 100мг/кг в сутки внутримышечно 4 раза);
* спазмолитики (эуфиллин, Но-шпа, теофедрин);
* антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, пипольфен);
* при частых приступах спазматического кашля седативные препараты (седуксен, фенобарбитал, препараты брома).

**Задача 28.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Хронический гломерулонефрит, гормонозависимый, без нарушения функции почек. Заключение основано на данных анамнеза заболевания: в анализах мочи появление большого количества белка при попытке отказаться от приема глюкокортикоидов, состоит на учете у нефролога с 3-х лет после перенесенной ангины, появились отеки, олигоурия и протеинурия до 14 г/л. Постоянно получала преднизолон по 15 мг в сутки. Объективные данные: кожа лица красная, на кожной поверхности отмечаются цианотичные стрии, избыточно развит подкожно-жировой слой. Изменения со стороны органов дыхания и сердца не выявлены. Стул и мочеиспускание не нарушены, анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови без изменений.

Дополнительные симптомы, которые могут быть выявлены при данном заболевании:

* боли в животе и пояснице;
* микро и макрогематурия, появление мочи цвета "мясных помоев";
* повышение А/Д;
* дизурия;
* гипертрофия миокарда;
* появление кушингоидного сидрома;

2. Доврачебная помощь: в период обострения хронического гломерулонефрита показана госпитализация. Введение диуретиков, гипотензивных средств. Транспортировка в нефрологическое отделение при неосложненной форме в обычном положении.

 Диагностическая программа. Общий анализ крови и мочи, анализы мочи по Зимницкому и Аддису-Каковскому, суточная экскреция белка, биохимический анализ крови (общий белок и его фракций, мочевины, остаточного азота, креатинина, СРБ, холестерина, сиаловых кислот), клиренс креатинина, коагулограмма, УЗИ почек и иммунограмма, экскреторная урография, консультация ЛОР, генетика, уролога, биопсия почек по показаниям.

Лечебная программа:

* постельный режим 3-6 недель;
* диета с ограничением белка до 1,0-1,5 г/кг и исключением соли, а после улучшения состояния назначают диету с ограничением белка до 2 г/кг и хлористого натрия до 3 г в сутки. Из рациона исключаются мясные, рыбные и грибные отвары, а также продукты, часто вызывающие аллергические реакции (шоколад, цитрусовые, земляника, морковь, яйца и т.д.);
* физические нагрузки резко ограничить;
* патогенетическая терапия: цитостатики, иммунодепрессанты, антикоагулянты, дезагреганты. Восстановить и не прекращать прием преднизолона по 15 мг в сутки;
* при необходимости назначить нестероидные противовоспалительные средства: бруфен, ортофен, индометацин, диуретики, гипотензивные средства и сердечные препараты.

**Задача 29.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Корь, катаральный период.

Дифференцировать следует с ОРЗ (аденовирусной инфекцией), но в пользу кори говорит отсутствие прививок против кори, наличие пятен Филатова на слизистой щек и энантема на мягком небе.

2. Следует направить ребенка в инфекционный стационар, т.к. только легкие формы заболевания лечатся на дому: с этиотропной целью назначают противовирусные препараты в комплексе с симптоматическими средствами: сосудосуживающие капли в носовые ходы (нафтизин 0,05% раствор, називин), туалет слизистой конъюнктив с раствором фурациллина, жаропонижающие (парацетамол, найз), антигистаминные препараты (супрастин, зодак).

**Задача 30.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Тяжелое состояние ребенка можно объяснить внутричерепной родовой травмой на фоне асфиксии.

2. Ребенка перевести в реанимационное отделение (отделение интенсивной терапии), уложить с приподнятой головой, над головой положить пузырь со льдом, грелку — под ноги, кислород давать периодически, витамин К внутривенно, в течение 3-х дней диакарб, ГОМК внутримышечно, фенобарбитал на ночь.

**Ситуационные задачи по разделам: «Лечение пациентов хирургического профиля», «Оказание акушерско-гинекологической помощи».**

### Задача №1

В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,20, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.

3. Продемонстрируйте технику туалета и УФО кожи пораженной области.

### Задача №2

В здравпункт, где дежурит фельдшер, обратилась работница красильного цеха фабрики. Спустя несколько дней после инъекции раствора сульфата магния больную стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38 0 – 38,5 0, знобит. Общее состояние больной относительно удовлетворительное АД – 180 / 90 мм.рт.ст., пульс ритмичен, напряжен, температура тела – 38,30. в верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8х 8 см., пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре его – отчетливая флюктуация.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.

3. Составьте набор хирургических инструментов для вскрытия абсцесса.

### Задача №3

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 390 С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 390 С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в больной железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.

3. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте наложение повязки на молочную железу на статисте.

### Задача №4

Подросток 14 лет лечился у фельдшера ФАП по поводу фурункулеза в течение одной недели. На коже затылка, спины и верхних конечностей наблюдалось несколько болезненных гнойных очагов. Температура субфебрильная. Получал УФО, мазевые повязки, ампициллин по 0,25 х 4 раза в сутки. На 7 день, после выдавливания двух фурункулов, состояние резко ухудшилось.

Температура поднялась до 38,8, присоединился озноб, сменяющийся проливными потами, мышечные боли во всем теле. Кожа бледная, глаза запавшие, губы сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Увеличились и стали болезненными подмышечные, шейные и затылочные лимфатические узлы. Температура быстро нарастала, появились галлюцинации.

#### Задания

1. Определите и обоснуйте, какое осложнение фурункулеза развилось у мальчика.

2. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре, в т.ч. о методах экстракорпоральной детоксикации в хирургии.

3. Подготовьте набор инструментов для вскрытия абсцедирующего фурункула, наложите повязку на затылочную часть головы.

### Задача №5

На ФАП обратилась женщина, страдающая много лет варикозным расширением вен в области обеих голеней. Дня 2 тому назад почувствовала необычные болевые ощущения в верхней/3 передне-внутренней поверхности левой голени по ходу варикозно расширенной вены, усиливающиеся при физической нагрузке. Женщина работает ткачихой — все время на ногах. Общее состояние удовлетворительное, температура 37,2. На передней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены видна припухлость, кожа над которой гиперемирована, размер участка воспаления 3х8 см, здесь же пальпируется плотный болезненный инфильтрат. Отечность голени незначительная. Больная недели две тому назад переболела ангиной.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте лечебную программу в случае амбулаторного лечения и лечения в стационаре.

3. Продемонстрируйте технику наложения на голень повязки спиральной с перегибами с помощью марлевого бинта.

### Задача №6

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

#### Задания.

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.

3.Продемонстрируйте на фантоме технику проведения туалета раны.

### Задача №7

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное- лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

#### Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре.

3. Продемонстрируйте технику снятия швов (на фантоме).

### Задача №8

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадиирует в правое надплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 37,60. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.

3. Составьте наборы инструментов для венесекции и блокады круглой связки печени.

### Задача №9

43-х летний мужчина несколько лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Часа полтора тому назад во время подъема груза почувствовал сильную боль в правой паховой области. Боли продолжали беспокоить и в положении лежа, была однократная рвота. Ранее вправимое в положении лежа грыжевое выпячивание стало невправимым и очень болезненным. Жена вызвала соседа- фельдшера. Фельдшер оценил общее состояние больного как удовлетворительное. При осмотре отметил образование в пахово-мошоночной области справа, при пальпации резко болезненное, напряженное.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки – суспензорий на мошонку.

**Задача № 10.**

Больной жалуется на боль в области заднего прохода, усиливающуюся при дефекации, повышение температуры тела до 38° С. При осмотре: вокруг анального отверстия имеется разлитая припухлость и гиперемия кожи, пальпаторно определяется болезненный плотный инфильтрат. При ректальном исследовании определяется болезненность в области левой стенки прямой кишки.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику наложения Т-образной повязки на промежность.

**Задача № 11.**

На ФАП обратился больной с жалобами на затрудненное глотание. Три месяца назад выпил несколько глотков электролита. При оказании помощи выпил молоко. Боль прекратилась через месяц, но осталось затрудненное глотание, особенно твердой пищи. При осмотре: больной пониженного питания, правильного телосложения, патологии внутренних органов не выявлено.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику промывания желудка при химическом ожоге.

**Задача № 12.**

У больного А., 36, лет около одного года назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 400-500 метров пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 метров, появились боли в первом пальце правой стопы, на тыле этого пальца образовалась глубокая некротическая язва. Кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета, холодные на ощупь, ногтевые пластинки тусклые, ломкие. Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику наложения асептической повязки на область раны.

**Задача № 13.**

На ФАП обратился больной с жалобами на резкую боль в задней поверхности шеи, ограничение движения головой, общую слабость, недомогание, потерю работоспособности, повышение температуры тела. Болен в течение 4-х дней. При осмотре: задняя поверхность шеи отечна, кожа синюшно-багрового цвета, в центре гиперемии определяется плотный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с множеством гнойных головок.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки на заднюю поверхность шеи.

**Задача № 14.**

На пятый день после операции у больного появилась боль в области послеоперационной раны. Кожа вокруг раны напряжена, гиперемирована. Отмечается местное и общее повышение температуры тела. Какое осложнение возникло у больного?

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
3. Продемонстрируйте технику наложения асептической повязки на область раны.

**Задача № 15**

К фельдшеру ФАПа обратилась беременная 22 лет, с указанием на тянущую боль внизу живота, появившуюся несколько часов назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей, последняя менструация 4 месяца назад, данная беременность вторая, желанная. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным абортом в сроке 9-10 недель, год назад. Соматически здорова, гинекологически здорова.

Объективно: кожа, слизистая, обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД -110/70, 110/70 мм рт. ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт. Выделения слизистые.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка в тонусе. Придатки не пальпируются.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте бимануальное исследование влагалища на фантоме.

**Задача № 16**

К фельдшеру ФАПа в мае обратилась пациентка 22 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту по утрам, нарушение аппетита. Соматически здорова. Половая жизнь с 20 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта.

Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 9-10 недель, без осложнений, 1,5 года назад.

Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД - 120/80; 115/70 мм рт. ст., PS - 76 в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева = 15 см.

Акушерский осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичны. Влагалище узкое. Шейка сформирована. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Таз емкий. Мыс не достижим. Выделения умеренно молочные.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте осмотр шейки матки в зеркалах.

**Задача № 17**

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками, начавшиеся 1 час назад. Замужем. Задержка менструации на 1,5 месяца, считает себя беременной, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. В анамнезе – одни роды (без осложнений), медицинский аборт 5 месяцев назад.

Объективно: кожный покров бледный, влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, зев пропускает свободно 1 палец. Матка кпереди, мягковатой консистенции, болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте бимануальное исследование влагалища на фантоме.

**Задача № 18**

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в ФАП в сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост = 165 см, вес = 75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 600 г. AD=110/70, 115/75 мм рт. ст. PS *=* 72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин. слева ниже пупка. ВДМ = 32 см, ОЖ = 88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Определите предполагаемый вес плода.

**Задача № 19**

Беременная В., 28 лет, обратилась к фельдшеру ФАПа с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели.

Беременность III: I беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, II беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделю назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта.

Объективно: рост = 165 см, вес = 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД=110/70, 110/75 мм рт. ст., PS=80 уд. в мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ = 90 см, ВДМ = 36 см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд. в 1 мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Определите предполагаемый вес плода и объем кровопотери в родах.

**Задача № 20**

У фельдшера ФАПа на приеме беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в роддом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность I, протекала с явлениями угрозы прерывания беременности во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост = 170 см, вес = 82 кг. AD=120/80, 115/80 мм рт. ст., PS=72 уд. в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ = 90 см, ВДМ = 34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте приемы определения соответствия размеров головки плода размерам таза женщины.

**Задача № 21**

Фельдшер ФАПа вызван на домашние роды к повторнобеременной Г., 28 лет. Роды IV, в сроке 37 недель. Через 10 минут родился ребенок мужского пола без признаков асфиксии.

Объективно: в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Выделений из половых путей нет.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте приемы определения признаков отделения плаценты.

**Задача № 22**

Вызов в «скорую» - первобеременная А., 30 лет, беременность в сроке 36-37 недель. Голова болит, боли в эпигастральной области.

Анамнез: из соматических заболеваний хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Гинекологически здорова. С 30 недель у беременной отмечается патологическая прибавка веса, за это время прибавила 6 кг. 2 недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт. ст. Принимала таблетки валерьяны и папазола.

Объективно: пульс 80 уд. в мин., ритмичный. АД-170/100, 170/110 мм рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Срочно определен белок в анализе мочи – реакция положительная.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику измерения АД и выявления отеков у беременной.

**Задача № 23**

К фельдшеру ФАПа обратилась родильница Б., 23 года, с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота.

Роды II, своевременные, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов, в удовлетворительном состоянии.

Дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до 38,3° С, был озноб, обильное потоотделение, беспокоит слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища, их отличает неприятный запах. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина.

При осмотре: температура 38,8° С. Кожные покровы бледные. Зев не гиперемирован. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочится свободно. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику пальпации брюшной стенки у родильницы.

**Задача № 24**

Девочка 15-ти лет обратилась в сопровождении матери с жалобами на кровотечение из половых путей в течение недели. Слабость, головокружение. Анамнез: в детстве частые ОРЗ. Месячные с 13-ти лет по 5-7 дней, нерегулярные, часто обильные, болезненные, последние месячные закончились 2 недели назад. Половую жизнь отрицает. Недавно испытала стресс. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 уд./мин., АД 110/60. Живот мягкий, безболезненный. Мать обеспокоена тем, что девочке назначат выскабливание полости матки.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику ректального исследования органов малого таза.

**Задача № 25**

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 50 лет с жалобами на бессонницу, «приливы» жара, повторяющиеся несколько раз в день, плохое самочувствие, боль за грудиной, плаксивость, головную боль.

Анамнез: месячные с 12 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненнные, умеренные. Цикл был регулярным до 49 лет, в течение последнего года отмечаются нарушения полового цикла в виде нерегулярных месячных. Родов 2-ое, мед. абортов 2-ое, без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,8° C, АД - 130/80,пульс 78 уд./мин., ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, функции почек без особенностей, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, физиологические отправления в норме.

Бимануальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище рожавшей женщины, матка в антеверзиофлексио, не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются, своды свободны.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику бимануального исследования влагалища на фантоме.

**Задача № 26**

Фельдшер ФАПа вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность. Заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 мед. аборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двусторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 104 уд. в мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки - напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику исследования брюшной стенки.

**Задача № 27**

Фельдшер ФАПа был вызван на дом к пациентке 40 лет. Предъявляет жалобы на резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно по время работы в саду 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту.

Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Родов – 2 (без осложнений), аборт – 1 (медицинский), в анамнезе хронический двусторонний аднексит. Полгода назад на профосмотре обнаружена киста правого яичника. От предложенной в то время операции отказалась по семейным обстоятельствам.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд. в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику исследования брюшной стенки.

**Задача № 28**

Женщина 23-х лет обратилась за помощью по «03» с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, усиливающиеся кровянистые выделения со сгустками. Неделю назад был искусственный аборт. Выписана на следующий день. Кровянистые выделения в течение недели.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику осмотра шейки матки в зеркалах.

**Задача № 29**

Больная С., 42 года обратилась к фельдшеру ФАПа с жалобами на постоянные ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, обильные месячные.

Наследственность не отягощена. Менструация с 14 лет, без особенностей. Последние нормальные месячные – год назад. Половая жизнь с 20 лет, брак первый. Роды – 1, Абортов – 3 без осложнений. 2 года назад была диагностирована миома матки размерами с 8-недельную беременность. В течение последнего года появились ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, менструации стали обильными и продолжительными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в мин. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. При пальпации живота обнаружено бугристое плотное образование, исходящее из органов малого таза, безболезненное, верхний полюс его располагается на 2 поперечных пальца ниже пупка.

Данные осмотра в зеркалах: шейка и стенки влагалища чистые. Бимануальное исследование: влагалище рожавшей, шейка цилиндрическая. Тело матки плотное, бугристое, ограничено в подвижности, соответствует 18-ти недельной беременности, безболезненное. Придатки пальпировать не удается. Своды глубокие. Выделения слизисто-кровянистые.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику бимануального исследования влагалища на фантоме.

**Задача № 30**

Женщина 36 лет обратилась к фельдшеру. Жалобы на боли. Менструация с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, выделения умеренные. Половая жизнь с 20 лет в браке. Р – 2. Аб – 2. Последний аборт 5 лет назад, гинекологу не показывалась 5 лет. Последняя менструация неделю назад.

В зеркалах: шейка цилиндрической формы. Зев щелевидный. Вокруг наружного зева обширная эрозированая поверхность d ~ 4 см, при дотрагивании не кровоточит.

PV: матка и придатки – без патологических изменений.

Женщина волнуется нет ли у нее рака.

Задания:

1. Определить диагноз и обосновать его.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации.

3. Продемонстрируйте методику забора материала для цитологического исследования при кольпоскопии.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам по разделам: «Лечение пациентов хирургического профиля», «Оказание акушерско-гинекологической помощи».**

### Задача №1

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз: Рожистое воспаление кожи лица.

Ставится на основании:

а) общих симптомов: интоксикации, озноба, резкого повышения температуры:

б) местных симптомов: жгучая боль, выраженная краснота кожи с четкими границами и типичной локализацией на лице. Клиника соответствует эритематозной форме воспаления.

###### Особенности рожистого воспаления по сравнению с другими хирургическими инфекциями.

Рожистое воспаление – хирургическая инфекция стрептококковой этиологии, когда среди других инфекций преобладает стафилококк.

Рожа контагиозна, часто рецидивирует (с возможным развитием слоновости), имеет излюбленную локализацию на лице и нижних конечностях.

Яркой краснотой, жгучим характером боли и четкими зазубренными границами по типу географической карты отличается от эритем, дерматитов, флегмон, лимфангитов, эризипелоидов.

При прогрессировании процесса могут наблюдаться следующие клинические формы:

* - булезная, характеризуется появлением на фоне гиперемированной кожи пузырей, заполненных серозным или серозно-геморрагическим эксудатом,
* - флегмонозная, характеризуется гнойным поражением кожи и подкожной клетчатки;
* - некротическая, характеризуется появлением на измененной коже участков омертвения.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) пациентку уложить в удобное положение, обеспечить питье для уменьшения признаков интоксикации;

б) осуществить снижение температуры и купирование болевого синдрома введением 50% раствора анальгина 2,0 (можно в комбинации с 1% раствором димедрола 2,0) с целью улучшения состояния и создания условий для более комфортной транспортировки;

в) обеспечить вызов скорой помощи.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

При эритематозной форме рожистого воспаления госпитализация осуществляется в боксированное отделение инфекционного стационара либо отделение гнойной хирургии согласно учету контагиозности (отдельная палата, палата с подобным контингентом больных);

г) проводить наблюдение за состоянием пациентки до прибытия скорой помощи;

д) транспортировать машиной скорой помощи в положении лежа с учетом болевого синдрома и признаков интоксикации.

###### В стационаре:

Проводят общеклиническое обследование, особенно тщательно пальпируют регионарные лимфатические узлы и выявляют признаки лимфангита с целью раннего определения симптомов распространения инфекции.

Проводят клинические анализы крови (где наблюдается ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево) и общий анализ мочи.

Лечение проводится по общим принципам лечения хирургической инфекции: воздействие на возбудителя, воздействие на организм пациента, лечение местного очага воспаления.

Пациенту назначаются: постельный режим, высококалорийная молочно-растительная диета с большим содержанием витаминов, особенно важен тщательный уход.

При необходимости назначается инфузионная дезинтоксикационная, витаминотерапия.

Активно применяются сульфаниламидные препараты продленного действия и антибиотики пенициллинового ряда, в тяжелых случаях широкого спектра действия, внутримышечно и внутривенно.

Местно с положительным эффектом применяется УФО в эритемной и субэритемной дозе. Кожу обрабатывают 70% раствором этилового спирта.

При гангренозной форме – УФО противопоказано.

При флегматозной и гангренозной фармах лечение хирургическое.

Поражение нижних конечностей требует лечебной иммобилизации.

###### 3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

### Задача №2

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз: Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области.

За данный диагноз говорят, во-первых, наличие болезненного инфильтрата с гиперемией кожи над ним и с симптомом флюктуации в центре; во-вторых, нарушения общего состояния – ознобы и высокая температура и, конечно, данные анамнеза о связи заболевания с инъекцией.

###### Причины возникновения заболевания

Во время инъекции были нарушены требования асептики, занесена инфекция, в результате развился воспалительный процесс. Строжайшее соблюдение асептики при проведении инъекций — гарантия профилактики гнойных осложнений.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. измерение АД и температуры тела;
2. введение раствора анальгина, антибиотика, сердечных и гипотензивных препаратов.
3. наложение асептической повязки на область воспаления;
4. обеспечение срочной транспортировки больной в хирургическое отделение.

Больная страдает гипертонической болезнью, в связи с чем артериальное давление следует измерить и решить вопрос о введении гипотензивного средства. Раствор анальгина уменьшит болевые ощущения и несколько снизит температуру. Сердечные средства показаны, т. к. у больной высокая температура.

На область абсцесса наложить сухую асептическую повязку, т. к. больная будет срочно транспортирована в хирургическое отделение, и там будет решаться вопрос о дальнейшем лечении. Транспортировка должна быть обеспечена или машиной скорой медицинской помощи, или транспортом предприятия, обязательно в сопровождении медицинского работника.

###### Диагностическая и лечебная программы

В хирургическом отделении будут сделаны общие анализы крови и мочи, осуществлена консультация терапевта. В данном случае показано оперативное лечение.

Операцию целесообразно проводить под внутривенным наркозом (сомбревин, калипсол, виадрил).

Премедикация – введение раствора промедола и раствора атропина.

Гнойник вскрывается, гной удаляется, дальнейшее лечение проводится как гнойной раны: дренирование с применением гипертонического раствора и протеолитических ферментов. Можно использовать ультразвук, лучи лазера, диадинамические токи, обработку полости антисептическим раствором под давлением и другие методы.

Необходимо строжайшее соблюдение асептики при всех манипуляциях, так как ассоциация усиливает патогеность микробов. Режим постельный. После очищения раны и начала роста грануляций рекомендуются повязки с индифферентными мазями, перевязки редкие, щадящие.

Общее лечение по показаниям.

Антибиотики назначаются с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

###### 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

### Задача №3

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз. Острый лактогенный мастит справа в стадии абсцедирования.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания, а также осмотра, при котором обнаружено плотное образование, кожа над ним синюшно- багрового цвета, в центре размягчение. Общие признаки: повышение температуры, головная боль, разбитость, озноб указывают также на воспалительный характер заболевания.

###### Из дополнительных методов дообследования

Показана пальпация здоровой молочной железы.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи

Больной показано оперативное лечение: вскрытие и дренирование абсцесса, поэтому она эвакуируется санитарным транспортом в отделение гнойной хирургии. На молочную железу накладывают повязку, фиксирующую железу и поднимающую её.

###### Диагностическая программа в стационаре

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.

2. Пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов.

3. Рентгенография легких и УЗИ печени производятся с целью определения возможных метастатических гнойных очагов, учитывая давность заболевания.

4. Осмотр анестезиолога.

###### Лечебная программа.

1. Больной показана экстренная операция: вскрытие и дренирование абсцесса.

2. Проходит она под общим обезболиванием (внутривенный наркоз сомбревином или гексиналом с ГОМКом), предварительно за 30-40 минут производится обязательно премедикация.

3. В операционной начинают инфузионную терапию препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационого действия (гемодез), регуляторами водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), 5% раствором глюкозы.

4. В послеоперационный период инфузионную терапию надлежит продолжить при выраженной интоксикаци.

5. Стол общий с увеличенным объемом жидкости, витаминов.

6. Антибиотикотерапия по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол).

7. Ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса.

8. К здоровой молочной железе ребенка прикладывать для кормления весь период лечения, к больной – после прекращения гноетечения из раны или из соска, если оно было, а до этого- производят сцеживание молока 3 раза в день.

9. Показана также ретромаммарная новокаиновая блокада 0,25% р-ром 100-150 мл с добавлением трипсина 1 раз в 3 дня.

10. Во время лечения больная пользуется хлопчатобумажными лифчиками на коротких бретельках, фиксирующих и поднимающих молочные железы.

11. Больная выписывается с рекомендациями правильного ухода за молочными железами во время кормления: соблюдения гигиены, правил кормления, обязательного сцеживания молока после каждого кормления, смазывания трещин соска 1% раствором метиленового синего. После кормления к соскам прикладывают салфетки, смоченные вазелиновым маслом.

###### 3. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

### Задача №4

#### Эталон ответа

###### 1. Осложнение фурункулеза – сепсис.

Диагноз ставится на основании следующих данных:

а) состояние пациента на фоне обычного для фурункулеза течения резко ухудшилось (после выдавливания двух фурункулов);

б) температура поднялась до фибрильных цифр и продолжала нарастать, появился озноб, сменяющийся проливными потами;

в) присоединились гемодинамические расстройства – тахикардия, (может быть артериальная гипотония);

г) нарастали признаки интоксикации и обезвоживания: бледность, мышечные боли, сухость слизистых, запавшие глаза, обложенность языка;

д) расстройства ЦНС – галлюцинации;

е) увеличились регионарные лимфатические узлы.

###### Ошибка фельдшера

Ошибка фельдшера заключалась в неправильном выборе лечебной тактики. Дети с гнойной хирургической инфекцией могут лечиться только у хирурга, а в данном случае в детском хирургическом стационаре, тем более, что в течение целой недели не наблюдалось положительной динамики от лечения.

Категорически запрещено выдавливать фурункулы, что в данной ситуации стало причиной разрушения барьера в первичном очаге и спровоцировало внедрение микробов или их токсинов в кровяное русло.

Верной тактикой является направление мальчика в детское гнойное хирургическое отделение.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) вызвать скорую помощь с целью госпитализации в отделение гнойной хирургии;

б) ввести жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты – 50% раствор анальгина 0,1 мл/год, димедрол 1% – 0,2 мл/год (либо пипольфен), применить физические методы охлаждения для улучшения состояния и обеспечения транспортабельности пациента;

в) применить оксигенотерапию для улучшения оксигенации крови и окислительно-восстановительных процессов в организме;

г) наблюдать за состоянием больного до приезда скорой помощи, во избежание ухудшения состояния;

д) транспортировку осуществить в положении лежа.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

###### Диагностическая и лечебная программа

В стационаре диагноз подтверждается на основании:

а) клинических данных:

* прогрессирующее ухудшение общего состояния;
* развитие полиорганной недостаточности;
* высокая температура тела, озноб;
* нарастающее истощение, олигурия;
* наличие метастатических очагов инфекции;

б) лабораторных данных:

* анемизация; лейкоцитоз до 15-25.109 в литре крови с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево; увеличение СОЭ; бактериемия; диспротеинемия; протеинурия.

Необходимо определить группу крови и Rh-фактор.

Лечение септических больных осуществляют в отделении реанимации или интенсивной терапии по общим принципам лечения гнойной хирургической инфекции: воздействие на макроорганизм, воздействие на микроорганизм, местные очаги инфекции (первичные и вторичные):

Интенсивная инфузионная и антибактериальная терапия проводятся внутривенно, т.к. на фоне нарушения кровообращения в микроциркуляторном русле, энтеральное, подкожное и внутримышечное введение медикаментозных препаратов становится неэффективным.

Инфузионная терапия включает средства:

* - дезинтоксикационные;
* - восполняющие энергетические потери и ОЦК;
* - специфические иммунные;
* - коррегирующие нарушения в системе свертывания крови;
* - поддерживающие жизнедеятельность сердечно-сосудистой системы, функции дыхания, функции печени, почек.

Антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности микробов к антибиотикам, либо применяются антибиотики широкого спектра действия в максимально допустимых дозах. Препараты подводятся непосредственно к очагу инфекции: эндоплеврально, через дренажи в рану, эндобронхиально, внутривенно с целью получения максимального эффекта.

Хирургическое лечение должно включать полноценную санацию всех гнойно-некротических очагов с широким вскрытием, удалением нежизнеспособных тканей и активным дренированием ран, использованием лазерной, ультразвуковой кавитации в сочетании с протеолитическими ферментами, электрохимической активированной системой.

В настоящее время широко применяются новые технологии:

* - гипербарическая оксигенация;
* - экстракорпоральные методы детоксикации:
* эфферентные методы (плазмоферез, гемосорбция, гемодиализ)
* методы квантовой гемотерапии (лазерное и ультразвуковое облучение крови)
* методы биосорбции (сорбция через ксеноклетки печени и селезенки).

Очень важен правильный, полноценный уход за септическим больным, обеспечивающий требования асептики, выполнение всех гигиенических мероприятий, профилактику пролежней, полноценное питание, выполнение всех врачебных назначений и сестринских действий по плану сестринского ухода за больным в стационаре.

###### 3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

### Задача №5

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз. Острый тромбофлебит большой подкожной вены левой голени.

Основанием для такого диагноза является наличие в области подкожной вены болезненного воспалительного инфильтрата с гиперемией кожи над ним. Варикозное расширение вен, работа, связанная с постоянным пребывание на ногах без значительных перемещений, недавно перенесенная тяжелая ангина – моменты благоприятствующие развитию острого тромбофлебита. С данной формой тромбофлебита больная может лечиться амбулаторно и в стационаре.

###### Факторы, способствующие развитию тромбофлебита

Важную роль в развитии тромбофлебита играют: инфекция, травматические повреждения, замедление кровотока, увеличение коагуляционного потенциала крови.

Чаще тромбофлебит развивается на фоне варикозного расширения вен. Воспалительный процесс тканей, соседствующих с веной, может перейти на её стенку и тоже привести к развитию тромбофлебита.

###### Осложнения тромбофлебита

Опасным осложнением поверхностного тромбофлебита в области большой подкожной вены голени является восходящий тромбофлебит большой подкожной вены из-за угрозы проникновения флотирующей части тромба в глубокую вену бедра, наружную подвздошную вену, что может привести к тромбоэмболии легочной артерии.

###### 2. Лечебная программа

Покой, возвышенное положение конечности, мазевые повязки (мазь Вишневского, гепариновая мазь, гепароид). Исключить втирание.

В амбулаторных условиях рекомендуются антикоагулянты типа аспирина, т.к. постоянный контроль протромбина затруднен.

В условиях хирургического отделения можно сочетать фибринолические препараты типа стрептокиназы, трипсина, химотрипсина и активные антикоагулянты, т.к. возможен постоянный контроль свертывающей системы крови. Фибринолитические препараты растворяют тромбы, антикоагулянты предотвращают их образование.

Для улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции рекомендуется назначать такие препараты как трентал, троксевазин, венорутон, индометацин. С целью десенсибилизации применяют димедрол, супрастин. Хороший противовоспалительный эффект дают реопирин, бутадион. Когда воспаление стихнет, рекомендуется физиотерапевтическое лечение

###### 3. Практические манипуляции выполняются согласно алгоритму.

### Задача №6

#### Эталон ответа.

###### 1. Диагноз: острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова).

###### Дополнительные методы исследования.

В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского. Ровзинга, Бартомье- Михельсона, Раздольского.

Симптом Воскресенского (симптом рубашки) – определяют наличие зоны болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через рубашку.

Симптом Ровзинга – пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу – усиливается боль справа.Симптом Бартомье – Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Раздольского – болезненность при перкусии над очагом воспаления.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1. Вызвать машину скорой медицинской помощи.

2. Приложить холод к животу.

Больная подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение машиной скорой помощи, так как возможно грозное осложнение – перитонит. Обезболивающие вводить не следует, чтобы не затушевать клиническую картину. Местно можно приложить холод, что несколько задержит прогрессирование воспаления.

Сердечные препараты вводятся по показаниям.

###### Диагностическая и лечебная программа.

В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы.

Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию. которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции – вводят раствор промедола, бреют операционное поле, больная должна помочиться. Операция- аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

###### 3. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

### Задача №7

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз. Перфоративная язва желудка.

Можно предположительно поставить диагноз на основании прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала.

Положение больного на боку с приведенными к животу ногами тоже характерно для перфорации.

В пользу предполагаемого диагноза говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положителен симптом Щеткина- Блюмберга.

###### Дополнительные симптомы

Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка.

Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1) исключить энтеральное введение жидкости и пищи;

2) вызвать машину скорой медицинской помощи для транспортировки больного в отделение неотложной хирургии;

3) ввести сердечные и дыхательные аналептики по показаниям.

Анальгетики не вводить!

4) приложить холод к животу;

5) ввести тонкий назогастральный зонд (не промывать!)

6) транспортировать в положении лежа со слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

Через рот ничего не даем, так как содержимое желудка поступает в свободную брюшную полость.

Целесообразно удалить содержимое желудка с помощью зонда.

Введение лекарственных средств, кроме анальгетиков, в зависимости от состояния больного. Анальгетики не вводят, так как могут смазать клиническую картину.

Холод уменьшит боли и развитие воспалительного процесса, поэтому целесообразно его применение на догоспитальном этапе.

Транспортировка только в положении лежа в рациональном для больного положении.

###### Диагностическая и лечебная программа в стационаре.

Выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания).

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

1) обзорную Rо-графию с целью обнаружения “ серпа просветления” над печенью;

2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д.

Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

###### 3. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

### Задача №8

#### Эталон ответа

###### 1. Диагноз: Острый холецистит.

Ставится на основании:

а) жалоб на острую боль в правом подреберье;

б) данных анамнеза: погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита;

в) данных объективного исследования: рвота не приносящая облегчения, самостоятельная острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации пальпаторная резкая боль и мышечное напряжение, признаки интоксикации.

###### Дополнительные физикальные методы обследования.

Для подтверждения диагноза существует ряд характерных симптомов.

Дополнительно следует применить перкуссию для выявления симптома Ортнера (боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге), пальпацию для выявления симптома Образцова-Мерфи (резкая боль при введении кистей рук в область правого подреберья на высоте вдоха), симптома Мюсси (болезненность в точке диафрагманального нерва – между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы).

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга (резкая боль при пальпации брюшной стенки, еще более усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки) – симптом раздражения брюшины, свойственный деструктивным формам острого холецистита, при решении вопроса о выборе метода лечения склоняет хирургов, как правило, к оперативной тактике.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) уложить пациента в удобное положение (для улучшения самочувствия), голову повернуть на бок (для профилактики аспирации рвотных масс при повторной рвоте);

б) приложить холод на правое подреберье (для уменьшения боли и замедления развития воспалительного процесса);

в) вызвать скорую помощь с целью госпитализации в отделение неотложной хирургии;

г) ввести тонкий назогастральный зонд (для аспирации желудочного содержимого);

д) при резко выраженном болевом синдроме ввести М-холинолитик (атропин, платифилин) либо спазмолитик (папаверин, но-шпа);

е) наблюдать за состоянием пациентки до прибытия скорой помощи;

ж) транспортировку осуществлять на носилках в положении лежа.

Все манипуляции выполнять в перчатках.

*Противопоказано* применение анальгетиков (особенно наркотических), клизм, тепла на область живота, любых средств энтерально; т.к.все эти действия либо маскируют симптомы острого холецистита, либо способствуют развитию деструктивного процесса и перфорации органа, ухудшению общего состояния.

###### Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование, клинические анализы крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), мочи, биохимические исследования крови (холестерин, амилаза, сахар, общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции), определяют группу крови, Rh-фактор.

Возможно увеличение уровня прямого билирубина, т.к. иктеричность склер на вторые сутки заболевания предполагает частичный холестаз за счет отека слизистой либо наличия конкремента в общем желчном протоке.

Целесообразно УЗИ гепатобилиарной системы, позволяющее выявить наличие холелитиаза и признаков, как воспалительного, так и деструктивного процесса в желчном пузыре.

ФГДС, Ro..графия брюшной полости по показаниям.

Экстренное оперативное вмешательство показано больным с картиной перитонита, при гангренозном и перфоративном холецистите. Все более широко применяется лапароскопическая холецистэктомия.

При крайне тяжелом состоянии и показаниях к операции применяют лапароскопическую холецистостомию. В современной практике также применяется чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ (по показаниям).

В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий.

Консервативная терапия направлена на борьбу с инфекцией, восстановление оттока из желчного пузыря и желчных путей, снятие воспалительных явлений и интоксикации, коррекцию метаболических, электролитных и симптоматических нарушений.

С этой целью применяют антибактериальные препараты:

* антибиотики (в основном цефалоспорины) широкого спектра действия без гепатотоксического эффекта, внутривенно.
* современные сульфаниламидные препараты продленного действия.

Также назначают голод, аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, новокаиновую блокаду круглой связки печени, спазмолитики (нош-па, атропин) и М-холинолитики (атропин, платифилин), инфузионную терапию (до 3000 л) в сутки.

###### 3. Набор составляют по алгоритму.

### Задача №9

#### Эталон ответа:

###### 1. Диагноз – ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа.

Основанием для постановки такого диагноза служит прежде всего характерный анамнез – больной давно страдает пахово-мошоночной грыжей, резкие боли в правом паху появились во время физической нагрузки, грыжевое выпячивание стало болезненным, напряженным и, в отличие от прежнего состояния, невправимым. Данные объективного осмотра тоже говорят за ущемление – в правой пахово-мошоночной области определяется болезненное, напряженное, невправимое образование.

###### Дополнительные методы исследования

Дополнительно можно провести перкуссию над выпячиванием. Перкуторный звук может быть тупым, когда содержимым грыжевого мешка является, например, сальник и тимпаническим, когда ущемилась кишечная петля.

###### 2. Алгоритм оказания неотложной помощи

1. Введение сердечных средств по показаниям.
2. Транспортировка в отделение неотложной хирургии в положении лежа специальным транспортом (машиной скорой медицинской помощи).

Недопустимо на догоспитальном этапе введение наркотических средств, спазмолитиков, применение ванн и тепла на область грыжи, т.к. это может способствовать вправлению грыжи. Ущемление нарушает кровообращение содержимого грыжевого мешка, в результате могут развиться грубые изменения ущемленных органов, вплоть до некроза, вправление такого органа в брюшную полость ведет к развитию перитонита. Нельзя прибегать и к ручному вправлению грыжи. Транспортировать больного надо в экстренном порядке, т.к. от сроков с момента ущемления зависит объем операции и, конечно, результаты лечения.

###### Диагностическая и лечебная программа.

Проводят общие анализы крови и мочи.

При подтверждении диагноза назначается хирургическое вмешательство. Операция – грыжесечение.

*Примечание:* Если ущемление самостоятельно разрешилось до осмотра фельдшера или в момент осмотра, или в момент транспортировки, госпитализация больного в отделение неотложной хирургии для наблюдения обязательна, так как неизвестно состояние вправившегося органа.

###### 3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 10.**

Эталон ответа:

1. У больного парапроктит.

2. Рекомендуется тепло на область инфильтрата, антибактериальная терапия, болеутоляющие средства, симптоматическое лечение.

При появлении симптома флюктуации – оперативное лечение.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 11.**

Эталон ответа:

1. У больного рубцовый стеноз пищевода после химического ожога.

2. Больного необходимо отправить в стационар для решения вопроса о дальнейшем лечении: бужирование пищевода, оперативное лечение и т.д.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 12.**

Эталон ответа:

1. У больного облитерирующий эндартериит.

2. Показано лечение в отделении сосудистой хирургии, где ему необходимо повести двухстороннюю поясничную симпатэктомию и некрэктомию первого пальца.

Одновременно необходимо проводить консервативное лечение: комплекс витаминов С, В1, В6, сосудорасширяющие средства, физиотерапию и гипербарическую оксигенацию.

Обязательным условием при лечении является отказ от курения и употребления алкоголя.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 13.**

Эталон ответа:

1. У больного карбункул задней поверхности шеи в стадии абсцедирования.

2. Необходимо наложить асептическую повязку и госпитализировать больного в гнойное отделение.

Лечение включает вскрытие и дренирование карбункула, назначение антибактериальной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 14.**

Эталон ответа:

1. Возникло вторичное инфицирование послеоперационной раны.

2. Необходимо снять 1-2 шва, развести края раны и дренировать ее, наложить повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия.

По назначению врача, проводить антибактериальную терапию.

Перевести больного в гнойное отделение, в палате провести влажную уборку с применением дезсредств и кварцевание.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 15.**

Эталон ответа:

1. Состояние беременной можно расценить как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин., ритмичный, АД-110/70, 110/70 мм рт. ст.)

Диагноз: беременность 15-16 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Из условий задачи следует, что у женщины 2-ая беременность, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

2. Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша фельдшеру необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку.

- ввести в/м раствор но-шпы 2,0, валерьяна в растворе, спазмолитическая свеча для ректального применения;

- транспортировка осуществляется на носилках.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 16.**

Эталон ответа:

1. Состояние беременной удовлетворительное.

Диагноз: беременность 7-8 недель. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза.

Из условия задачи следует, что у женщины имеются предположительные (тошнота и рвота, изменение аппетита) и вероятные признаки (задержка менструации, увеличение, размягчение матки, цианоз влагалища). По последним месячным и по величине матки, можно определить, что срок беременности 7-8 недель.

Так как у нее предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9-10 недель, то и эта беременность может протекать с угрозой прерывания, т.е. срок 9-10 недель считается критическим.

2. Тактика фельдшера:

• взять беременную на учет;

• провести исследование в соответствии со стандартной схемой;

• отнести в группу риска по невынашиванию;

• дать рекомендации по режиму и диете;

• консультация акушера-гинеколога ЦРБ для обследования и решения вопроса невынашивания и госпитализации в критические сроки в гинекологическое отделение ЦРБ.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача № 17.**

Эталон ответа:

1. Состояние удовлетворительное. В данном случае речь идет о неполном аборте 6-7 недель. Это предположение основано на данных анамнеза (указание на задержку менструации на 1,5 месяца, были предположительные признаки беременности – тошнота), а также влагалищного исследования (синюшность шейки, увеличение матки до 6-7 недель). Это – свидетельства беременности. На выкидыш указывают схваткообразные боли, кровяные сгустки, зияние цервикального канала.

2. Тактика фельдшера:

• учитывая обильные кровянистые выделения со сгустками, пациентку необходимо срочно транспортировать в сопровождении до ближайшей больницы для оказания квалифицированной помощи (выскабливание полости матки); предупредить по телефону о госпитализации;

• доврачебная помощь при большой кровопотере во время транспортировки, установить капельницу и перелить все физиологические растворы; в/м дицинон 2,0 как гемостатик;

• успокоить пациентку.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №18.**

Эталон ответа:

1. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 34 недели. Водянка беременности II степени.

Обоснование диагноза:

Наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок беременности указан в условии задачи. Появление отеков I, II степени при нормальном AD, отсутствие белка в моче, патологическая прибавка массы тела за десять дней указывает на развитие водянки беременной. Распространение отеков на нижних конечностях и передней брюшной стенке позволяет выставить II степень.

2. Фельдшеру необходимо:

- направить беременную на госпитализацию в родильный дом;

- написать направление в отделение патологии беременных;

- провести беседу с беременной о необходимости лечения данного осложнения;

- проконтролировать на следующий день факт госпитализации.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №19.**

Эталон ответа:

1. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 34 недели. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок ее указан в условии задачи. Акушерский анамнез отягощен перенесенным абортом, осложненным эндометритом. О предлежании плаценты можно думать, исходя из анамнеза заболевания: повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей; анамнеза жизни: перенесла эндометрит после медицинского аборта, а также данных объективного исследования: бледные кожные покровы, понижение АД, высокое расположение предлежащей головки, кровянистые выделения из половых путей.

2. Учитывая то, что кровянистые выделения могут усилиться, фельдшеру необходимо госпитализировать беременную в родильный дом в сопровождении медицинского работника.

При усилении выделений, установить капельницу, проводить инфузии и ввести гемостатики-дицинон, токолитики, спазмолитики, провести профилактику внутриутробной гипоксии плода. Предупредить стационар о направлении в него женщины с предлежанием плаценты.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №20.**

Эталон ответа:

1. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: беременность 42 недели. Переношенная беременность. Внутриутробная гипоксия плода.

Обоснование диагноза: из условия задачи выявлено, что срок родов был 2 недели назад. Кости головки плода плотные. Это указывает на переношенную беременность. Ослабление шевеления плода, урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о гипоксии плода.

2. Тактика фельдшера:

- направить беременную в родильный дом для родоразрешения;

- объяснить важность госпитализации, проконтролировать, ввести в/в струй-но р-р глюкозы 40 % - 20,0, аскорбиновая кислота 5 % - 5,0, пирацетам 5,0.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №21.**

Эталон ответа:

1. Состояние женщины оценивается как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения.

Диагноз: домашние преждевременные роды в сроке 37 недель, III период. Из условий задачи следует, что женщина повторнобеременная, что у нее произошли IV роды в сроке 37 недель беременности. Состояние матки (плотная, шаровидной формы, дно ее на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов.

2. Тактика фельдшера состоит в своевременном определении признаков отделения последа, выведении последа и предупреждении развития осложнений (кровопотери, задержки последа или его частей в полости матки).

Для этого необходимо:

- вывести мочу катетером;

- установить капельницу;

- следить за состоянием женщины (цвет кожных покровов, наличие жалоб, АД, пульс);

- контролировать появление признаков отделения последа;

- после появления признаков отделения последа вывести послед потягиванием за пуповину или с помощью наружных приемов выделения последа;

- положить холод на живот после контроля сократительной деятельности матки;

- ввести в/м 1,0 мл окситоцина;

- произвести осмотр и оценку последа;

- оценить кровопотерю;

- провести первичный туалет и антропометрию плода;

- подготовить женщину и новорожденного к транспортировке в стационар.

Если нет возможности перевода в стационар, провести осмотр родовых путей и наблюдать родильницу и новорожденного после родов.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №22.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: беременность 36 - 37 недель. Головное предлежание, первородящая, 30 лет, преэклампсия, что подтверждается типичной триадой симптомов: выраженной головной болью, болью в эпигастрии, однократной рвотой, АД – 170/110, 170/110 мм рт. ст.

Состояние беременной – тяжелое.

В ЖК поздно диагностирован гестоз, не проведена госпитализация и лечение.

2. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку – эклампсии, необходимо оказать помощь – предотвратить приступ судорог: в/в промедол 2% - 1,0; седуксен 10 мг, дроперидол 0,25% - 4,0, магнезии сульфат 25% - 20,0, введение нитратов.

Немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №23.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: послеродовой метроэндометрит. На основании анамнеза, истории настоящего заболевания и данных объективного исследования, можно предположить наличие у родильницы послеродового осложнения, а именно: послеродового метроэндометрита, о чем говорит начало заболевания на 8-9 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации - слабость, головная боль, плохой сон, наличие субъинволюции матки и болезненность ее при пальпации.

Осложненное течение родов дородовым излитием вод и первичной слабостью подтверждает вторичность развития в послеродовом периоде метроэндометрита.

Послеродовой метроэндометрит – тяжелое послеродовое осложнение вызвано попаданием инфекции в род. пути, которое без интенсивной своевременной клинической терапии может привести к дальнейшему распространению инфекции, довести до развития сепсиса.

2. Целью действий фельдшера в данной ситуации является не допустить ухудшения состояния роцильницы и предупредить дальнейшее распространение инфекции. Для этого нужно как можно быстрее госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение, где ей будет проведена комплексная интенсивная терапия.

До госпитализации фельдшер обязан:

- успокоить родильницу и ее родственников;

- помочь решить вопрос вскармливания ребенка;

- с целью снятия болевого симптома и предупреждения распространения инфекции положить на низ живота пузырь со льдом;

- бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение ЦРБ;

**-** при возможности, начать дезинтоксикационную терапию, можно начинать антибактериальную терапию, например, цефалоспоринами третьего поколения. Это особенно актуально при длительной транспортировке. Применить литическую смесь.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №24.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: ювенильное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Ювенильное кровотечение на фоне стресса, вызвано несовершенством связей в системе кора - гипоталамус - гипофиз - яичники - матка.

2.Успокоить девочку и мать. Госпитализировать в специализированный стационар. Объяснить, что девственниц не осматривают в зеркалах, не применяют диагностическое выскабливание. Лечение будет проводиться гормональными, гемостатическими и гемостимулирующими средствами в стационаре после подтверждения диагноза.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №25.**

Эталон ответа:

1. Состояние больной расценивается как среднетяжелое.

Диагноз: климактерический синдром средней степени тяжести.

Диагноз устанавливается на основании следующих клинических симптомов:

- приступы «приливов» жара;

- приступы болей за грудиной по типу стенокардии;

- головные боли;

**-** бессонница.

2. Тактика фельдшера:

- провести с женщиной беседу, объяснить причины ухудшения самочувствия, внушить уверенность выздоровления;

- рекомендовать диету, рациональный гигиенический режим, витамины с микроэлементами, лечебную физкультуру, фитотерапию, гомеопатические препараты;

- направить на консультацию к врачу-гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.

Тактика лечения:

**-** нейролептики;

**-** седативные;

**-** спазмолитики;

- витаминотерапия;

**-** гормонотерапия.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №26.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: прервавшаяся внематочная беременность.

Обоснование диагноза: можно думать о прервавшейся внематочной беременности. Это предположение основано на данных анамнеза (задержка менструации на 1,5 месяца, наличие предположительных признаков беременности, хронического двустороннего аднексита), данных объективного исследования (положительный симптом Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц передней брюшной стенки, низкое давление, частый слабый пульс, наличие свободной жидкости (кровь) в брюшной полости, острое начало заболевания, иррадиация болей в прямую кишку и кратковременная потеря сознания).

Состояние пациентки средней тяжести.

2. Тактика фельдшера в данной ситуации:

- учитывая тяжесть состояния пациентки и угрозу жизни, необходимо срочно бережно транспортировать на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной хирургической помощи.

Доврачебная помощь:

- опустить головной конец для увеличения притока крови к головному мозгу;

- положить пузырь со льдом на гипогастральную область;

- контролировать пульс, давление, дыхание, сознание;

- начать инфузионную терапию (в/в введение физиологического раствора или кровезаменителей);

- успокоить пациентку, вселить уверенность в благополучный исход предстоящей операции, **не обезболивать!**

- уложить на носилки, транспортировка в горизонтальном положении;

- немедленная госпитализация в гинекологический стационар для оперативного лечения;

- сообщить по рации о предстоящей операции.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №27.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: перекрут ножки кисты (кистомы). Острый живот. Обоснование.

Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования:

- острое начало заболевания;

- резкая сильная боль в животе, которая возникла после физического напряжения (работа в саду);

- симптом Щеткина-Блюмберга положительный;

- напряжение мышц брюшного пресса;

- вздутие живота, неучастие его в акте дыхания;

- однократная рвота, сухость во рту.

Состояние пациентки средней тяжести.

2.Учитывая опасность развития угрожающих жизни осложнений, в частности, перитонита, внутреннего кровотечения, фельдшер должен срочно бережно транспортировать в лежачем положении на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной врачебной помощи.

Доврачебная помощь:

- уложить на носилки;

- положить пузырь со льдом на живот;

- успокоить пациентку и родственников, вселить уверенность в благополучный исход предстоящей операции, **не обезболивать**;

- немедленно госпитализировать в гинекологический стационар на машине с сиреной;

- сообщить по рации о предстоящей операции.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №28.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: искусственный аборт. Остатки плодного яйца.

Состояние средней тяжести.

Следить за пульсом, АД, t°, оценить кровопотерю.

2.Срочная госпитализация в гинекологическое отделение, в/в вливание физиологического р-ра, холод на низ живота.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №29.**

Эталон ответа:

1. Состояние женщины удовлетворительное.

Диагноз: множественная симптомная миома матки больших размеров.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб больной на обильные месячные и учащенное мочеиспускание;

- анамнестических данных: два года назад при очередном осмотре гинеколога была диагностирована миома матки;

- при исследовании живота обнаружено бугристое образование, плотное, исходящее из органов малого таза;

- данных бимануального исследования: увеличение матки до 18 недель, матка плотная, бугристая.

Диагноз может быть подтвержден данными УЗИ, лапароскопии, гистеросальпингографии.

2. Тактика фельдшера:

- провести беседу с женщиной о необходимости срочного лечения;

- успокоить больную, вселить уверенность в благополучный исход при своевременном лечении;

- взять на диспансерный учет;

- направить к гинекологу для подтверждения диагноза и решения вопроса об оперативном лечении в плановом порядке, учитывая быстрый рост опухоли и большие размеры.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

**Задача №30.**

Эталон ответа:

1. Диагноз: эрозия шейки матки (псевдоэрозия).

2. Необходимо взять мазки на онкоцитологическое исследование, мазок на флору, бактериологический посев из цервикального канала, направить на взятие биопсии, кольпоскопию.

Направить женщину к онко-гинекологу, или в специализированный кабинет патологии шейки матки, поставить на диспансерный учет.

Лечение назначается врачом гинекологом, согласно полученных данных.

3.Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.