

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ



КК ЦПК ССМО

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ



КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

лечебное дело

ББК 53.5 К 49

Клинические задачи: методическое пособие. Специальность «Лечебное дело» / М. Б. Северина, Л. С. Барсукова, В. Н. Миняева и др. – Красноярск: КГБОУ ДПО ККЦПК ССМО, 2014. – 75 с.

Методическое пособие представляет собой сборник клинических задач для самостоятельной работы.

Состоит из 2-х частей: Часть І. Клинические проблемные задачи. Содержит клинические задачи конкретной для анализа ситуации, методические указания И критерии оценки задач ПО уровню профессиональной компетентности. Часть II. Ситуационные задачи. Содержит ситуационные задачи по диагностике острых состояний с объёмом неотложной помощи и тактики фельдшера в условиях ФАП.

Пособие предназначено для слушателей центров повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ЧАСТЬ I	5
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ЗАДАЧИ	5
1. ТЕРАПИЯ	
1.1. Пульмонология	
1.2. Кардиология	
1.3. Гастроэнтерология	
1.4. Нефрология	
1.5. Эндокринология	
2. ПЕДИАТРИЯ	
3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ	
ЧАСТЬ II. ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ.	
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ФАП	48
1. ТЕРАПИЯ	48
1.1. Пульмонология	48
1.2. Кардиология	52
1.3. Гастроэнтерология	56
1.4. Нефрология	60
1.5. Эндокринология	
2. ПЕДИАТРИЯ	
3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОШЬ	72.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная система последипломного профессионального образования предъявляет высокие требования к уровню и качеству профессиональной компетентности среднего медицинского работника.

В процессе мониторинга качества последипломной подготовки специалистов со средним медицинским образованием были выявлены проблемы, связанные с затруднениями анализировать и обобщать, выделять главное, видеть проблемы и находить пути их правильного решения.

В настоящем пособии мы хотим обратиться к опыту вашей профессиональной деятельности и предлагаем, в ходе совместного обсуждения, провести анализ конкретных клинических ситуаций с оценкой уровня профессиональной компетентности коллег.

Пособие состоит из 2-х частей: Часть І. Клинические проблемные задачи. Содержит клинические задачи для анализа конкретной ситуации, методические указания и критерии оценки задач по уровню профессиональной компетентности. Предполагается совместное обсуждение. Часть ІІ. Ситуационные задачи. Содержит ситуационные задачи по диагностике острых состояний с объёмом неотложной помощи и тактики фельдшера в условиях ФАП. Предлагается самостоятельная работа.

Пособие предназначено для слушателей центров повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

В составлении сборника принимали участие: М. Б. Северина, Л. С. Барсукова, В. Н. Миняева, Г. П. Андрианова, О. А. Тонких, С. Ю. Распутина, Г. А. Хороненко.

ЧАСТЬ І.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ЗАДАЧИ

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОЙ СИТУАЦИИ С ОЦЕНКОЙ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Методические указания

- 1. Изучите текст ситуационной задачи.
- 2. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллег.
- 3. Опишите деятельность фельдшера.
- 4. Обоснуйте свою позицию.
- 5. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).
- 6. Сделайте выводы.
- 7. Подготовьте заключение с конкретными рекомендациями для презентации.

Критерии оценки проблемных ситуационных задач

- 1. Низкий уровень профессиональной компетентности:
 - ошибка в диагностике острого состояния;
 - неадекватная деятельность (превышение функциональных полномочий);
 - неправильная тактика в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе;
 - нарушение этических норм и прав пациента на своевременное оказание неотложной помощи;
 - угроза жизни от непрофессиональных действий;
 - выполнение необходимой неотложной помощи менее 50% по алгоритму.
- 2. Достаточный уровень профессиональной компетентности:
 - диагноз острого состояния правильный;
 - ошибки, неточности в оказании неотложной помощи, не представляющие угрозы жизни или ухудшения здоровья;

- нечеткие рекомендации;
- выполнение необходимой неотложной помощи по алгоритму более 50%.

3. Высокий уровень профессиональной компетентности:

- отсутствие ошибок в диагностике острого состояния;
- правильная тактика при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе;
- 100% выполнение алгоритма неотложной помощи.

1. ТЕРАПИЯ

1.1. Пульмонология

Задача № 1

Амбулаторный прием

Больной Ж., 35 лет.

Жалобы: на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл, иногда отмечается кровохарканье.

Анамнез: болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4 °C. Общее состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме "барабанных палочек", ногти в форме "часовых стекол", ЧДД 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 95 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/60 мм рт. ст. Видимой патологии со стороны других органов и систем не выявлено, физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Обострение хронического обструктивного бронхита, ДН 1.

Назначено лечение:

- 1. соблюдение режима
- 2. обильное питье до 2 литров в сутки
- 3. спирамицин по 1,5 млн ЕД 3 раза в день, в течение 7 дней
- 4. лазолван по 1 таб. 3 раза в день, в течение 5-7 дней
- 5. эуфиллин 1 таб. на ночь
- 6. поливитамины

Повторный прием через 3 дня.

Задание:

1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте ваше

мнение о диагнозе, поставленном фельдшером.

- 2. Оцените объем назначенной терапии.
- 3. Ваше мнение относительно госпитализации пациента.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 2

Вызов фельдшера на дом

Больной Д., 32-х лет.

Жалобы: на повышение температуры, недомогание, сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, одышку, боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез: заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

температура Объективно: 39,6 °C. Обшее состояние тяжелое. Кожа чистая, гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья определяется притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно - и средне-пузырчатые влажные хрипы, на остальном протяжении дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено, физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз:* Внебольничная пневмония. Абсцесс в нижней доле справа.

Больной экстренно госпитализирован в ЦРБ.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Проведите обоснование диагноза с оценкой выбора тактики фельдшера по дальнейшему ведению пациента.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной

Задача № 3

Амбулаторный прием

Больной Р., 46 лет.

Жалобы: на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты.

Анамнез: за 3 месяца похудел на 6 кг. Курит в течение 30 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,9 °C. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над - и подключичные, подмышечные размером ДО CM, 1 плотные, безболезненные, окружающими спаяны тканями. Дыхание \mathbf{c} ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно определяется притупление звука В 3-м межреберье среднеключичной линии, ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, минуту, АД 110/70 ясные, ЧСС 84 MM удара В Абдоминальной патологии выявлено, физиологические не отправления в норме.

Больному даны *направления на дополнительное обследование*: РАК, ОАМ, спирографию, рентгенографию.

С подозрением на рак легкого *направлен на консультацию* в ЦРБ к хирургу-онкологу.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Проведите обоснование диагноза с оценкой выбора тактики фельдшера по дальнейшему ведению пациента.
- 3. Ваше мнение о полноте дополнительного обследования.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

Задача № 4

Амбулаторный прием

Больной И., 36 лет.

Жалобы: на озноб, повышение температуры, сухой кашель, одышку, сильную боль в правой половине грудной клетки, больному легче лежать на правом боку.

Анамнез: заболел неделю назад, лечился самостоятельно.

Объективно: температура 37,8 °C. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая, при осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено, физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Внебольничная пневмония, средней степени тяжести, осложненная плевритом справа.

Больной направлен в стационар для дальнейшего лечения.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Проведите обоснование диагноза с оценкой выбора тактики фельдшера по дальнейшему ведению пациента.
- 3. Назовите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения данного диагноза.
- 4. Перечислите возможные осложнения при лечении пациента в домашних условиях.
- 5. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

Задача № 5

Вызов фельдшера на дом

Женщина П., 43 лет.

Жалобы: на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты.

Анамнез: указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. У больной аллергия на клубнику, пенициллин, аллергоанамнез отягощен по материнской линии. В семье двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. Диагноз бронхиальной астмы, средней степени тяжести выставлен 3 года назад. Регулярно принимает базисную терапию фликсотидом по 200 мг 2 раза в день. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над - и подключичные сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков. Дыхание со свистом и шумом, громкое. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 92 удара в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Бронхиальная астма, приступный период.

Оказана неотложная помощь:

- 1. введен эуфиллин 2,4% 10 мл в/в струйно
- 2. ингаляция беродуала 2 мл на 2 мл физ. раствора в течение 10 минут через небулайзер

Эффект терапии незначительный, больная возбуждена.

- 1. введен преднизолон 90 мг в/в струйно на 10 мл физ. раствора.
- У больной появилась положительная динамика. Частота дыхания 20 в минуту.

От *госпитализации* отказывается, оставлена на дому для *амбулаторного* лечения.

Задание:

1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз и оцените объем неотложной помощи.

- 2. Ваше мнение относительно госпитализации пациента.
- 3. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению пациента.
- 4. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

1.2. Кардиология

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Женщина Л., 45 лет.

Жалобы: на головные боли, головокружение, давящие боли за грудиной, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: в течение 5 лет пациентка наблюдается с диагнозом гипертонической болезни. Подъемы артериального давления достигают 160/100 мм рт. ст., принимает в плановом порядке — эналаприл 20 мг в сутки, гипотиазаид 50 мг в сутки. На фоне данной терапии достигнуто снижение артериального давления до 140/80 мм рт. ст., клинически самочувствие удовлетворительное.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые чистые. Гиперемия лица, гипергидроз. В легких дыхание прослушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. АД 180/100 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз:* Гипертонический криз, неосложненный.

Оказана *помощь*: нифедипин 10 мг сублингвально, лазикс 2,0 мл в/в.

В течение 10 мин отмечалось снижение АД до 160/90 мм рт. ст., через 30 мин зафиксированы цифры АД 120/80 мм рт. ст., самочувствие пациентки улучшилось, все клинические проявления регрессировали, сохранялась некоторая слабость.

Женщина оставлена на дому.

Контрольный осмотр через 2 дня.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз и оцените выбор гипотензивной терапии.
- 2. Ваше мнение относительно госпитализации пациентки.
- 3. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациентки.
- 4. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

Задача № 2

Амбулаторный прием

Мужчина В.,65 лет.

Жалобы: выраженная одышка при малейшей физической нагрузке, тяжесть и боли в правом подреберье, отеки на нижних конечностях.

Из анамнеза: пациент четыре года назад перенес острый инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, перебои в работе сердца, в последний месяц два эпизода потери сознания.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, в нижних отделах влажные хрипы, ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены ЧСС 40 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеки на нижних конечностях до средней трети голеней. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером *диагностирована*: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения II функц. кл., ПИК, СН IIБ (III функц. кл.). ДЭ 2.

Пациент в неотложной помощи не нуждался, направлен на стационарное лечение.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию и выделите основные синдромы, определяющие необходимость госпитализации.
- 2. Назовите возможные причины обморочных состояний у пациента.
- 3. Выделите возможные проблемы в профессиональных действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

Задача № 3

Амбулаторный прием

Мужчина К., 45 лет.

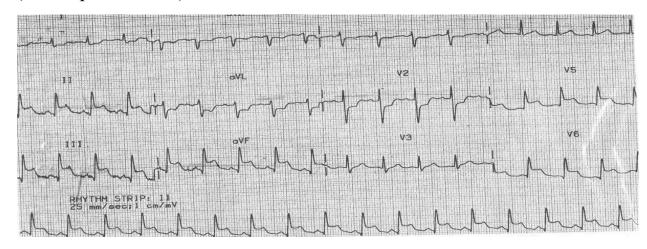
Жалобы: боли в эпигастральной области после интенсивной физической нагрузки, тошнота, рвота.

Из анамнеза: в течение 2-х лет наблюдается с диагнозом гипертонической болезни, максимальные подъемы АД до 150/100 мм рт. ст., принимает эпизодически эналаприл, цифры АД не контролирует. Из сопутствующих заболеваний эрозивный гастрит.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером ФАП *диагностирован*: Острый коронарный синдром.

Вызвана бригада скорой помощи, на месте *снята* ЭКГ (ЭКГ прилагается),



Пациент госпитализирован в терапевтическое отделение.

- 1. Проанализируйте клиническую картину заболевания и данные ЭКГ, обоснуйте необходимость госпитализации в терапевтическое отделение.
- 2. Тактика ведения пациента в условиях стационара.
- 3. Выделите возможные проблемы в профессиональных

действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

Задача № 4

Вызов фельдшера на дом

Мужчина Т., 75 лет.

Жалобы: чувство нехватки воздуха в груди, одышка в покое, давящие боли за грудиной, чувство страха смерти.

Из анамнеза: пациент неоднократно лечился в стационаре ЦРБ. Предоставлена выписка из истории болезни, диагноз: ИБС Стабильная стенокардия напряжения ІІІ функц. кл., ПИК, СН ІІА (ІІ функц. кл.), ГБ ІІІ риск ІV. Бронхиальная астма эндогенная, гормонозависимая, средней степени тяжести.

Объективно: при осмотре больной возбужден, гипергидроз, акроцианоз. В легких дыхание жесткое, в небольшом количестве рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон до угла лопаток влажные хрипы, ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 ударов в минуту, АД 220/120 мм рт. ст. Живот без особенностей, физиологические отправления в норме.

Больному оказана неотложная помощь:

Введено: лазикс 20 мг в/в, сернокислая магнезия 25% 10 мл в/в, коргликон 0.06% 1.0 мл в/в.

Состояние без улучшения, у пациента появились жгучие боли за грудиной.

Фельдшером вызвана бригада скорой помощи.

Фельдшером скорой помощи *сняма* ЭКГ, на которой зарегистрировано: ритм синусовый, ЧСС 110 ударов в минуту, ПБЛНПГ. Клинически у пациента сохранялась одышка в покое, жгучие боли за грудиной.

Больной *госпитализирован* с диагнозом: ИБС, ОИМ повторный, осложненный отеком легких, ПБЛНПГ, ПИК. ГБ III риск IV.

Сопутствующий диагноз: Бронхиальная астма эндогенная, гормонозависимая, средней степени тяжести.

Задание:

1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Оцените объем

лечебных мероприятий, проведенных фельдшером ФАП.

- 2. Ваше мнение об объеме неотложной помощи, в которой нуждался пациент.
- 3. Сделайте выводы о правомочности диагноза острого инфаркта миокарда, если по ЭКГ нет признаков ОИМ.
- 3. Выделите возможные проблемы в профессиональных действиях коллег, с оценкой уровня профессиональной компетентности коллег в конкретной ситуации.

Задача № 5

Вызов фельдшера на дом

Женщина У., 65 лет.

Жалобы: на давящие боли за грудиной.

Из анамнеза: неделю тому назад женщина выписана из ЦРБ трансмуральный ИБС, ОИМ диагнозом: ПО переднеперегородочной стенке, СН IIA II функц. кл., ГБ III риск IV, сахарный диабет 2 тип стадия компенсации. Принимает согласно рекомендациям лечащего врача кардикет по 40 мг 2 раза в день, аспирин, эгилок 50 мг 2 раза в день, эналаприл 20 мг 2 раза в день, Давящие препараты. сахароснижающие боли 3a грудиной возобновились через неделю после выписки из стационара, дополнительно принимает до 8 таблеток нитроглицерина в сутки.

Объективно: кожа чистая. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот без особенностей, физиологические отправления в норме.

Дано направление *на госпитализацию* в терапевтическое отделение ЦРБ.

- 1. Ваше мнение о полноте объема назначенной терапии после выписки из стационара.
- 2. Обоснуйте необходимость повторной госпитализации или коррекции лечения.
- 3. Выделите возможные проблемы в профессиональных действиях коллеги, с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации.

1.3. Гастроэнтерология

Задача № 1

Амбулаторный приём

Больная К., 49 лет.

Жалобы: на тупые ноющие боли в правом подреберье возникающие, периодически после приема жирной пищи, тяжесть, ощущение распирания в области правого подреберья, периодически тошнота, рвота.

Анамнез: считает себя больной в течение нескольких лет, за медицинской помощью не обращалась. Работает бухгалтером.

Объективно: температура тела 36,6 °C. Больная повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, живот мягкий, при пальпации болезнен в правом подреберье в области желчного пузыря. Стул оформлен, 1 раз в день, мочеиспускание не нарушено.

Выставлен диагноз: Дисфункция желчного пузыря.

Рекомендовано: диета № 5 с ограничением жиров, активный образ жизни (пешие прогулки, ЛФК).

Для уточнения диагноза направлена в поликлинику ЦРБ.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Проведите обоснование диагноза с уточнением характера дисфункции.
- 3. Ваше мнение о полноте рекомендаций и тактике дальнейшего ведения пациентки.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 2

Амбулаторный приём

Больной О., 20 лет.

Жалобы: на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема пищи, отмечает изжогу, склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен.

Анамнез: больным считает себя в течение года. Мужчина много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 удара в минуту. АД 110/75 мм рт. ст. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в день, мочеиспускание не нарушено.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Язвенная болезнь ДПК в стадии обострения.

Больной *направлен в ЦРБ* для подтверждения диагноза и лечения.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Обоснуйте свою позицию относительно поставленного фельдшером диагноза и его тактики.
- 2. Ваше мнение о необходимости госпитализации пациента.
- 3. Назовите принципы консервативной терапии язвенной болезни, план и сроки диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 3

Амбулаторный приём

Больная Б., 35 лет.

Жалобы: на тупые ноющие боли в области правого подреберья, возникающие через 1-3 часа после приема обильной,

особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул.

Анамнез: больна в течение нескольких лет. Лечилась по поводу хронического холецистита. Ухудшение наступило около 2-х недель тому назад.

Объективно: температура тела 37,2 °C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Ортнера (+). Физиологические отправления в норме.

Поставлен *диагноз*: Хронический холецистит в стадии обострения.

Назначено *амбулаторное лечение*: режим полупостельный, диета \mathbb{N}_{2} 5, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день, курсом в 10 дней, бускопан 1 таб. 3 раза в день, через 4 дня хофитол 2 таб. 3 раза в сутки.

Повторный прием через 5 дней.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Обоснуйте свою позицию, относительно поставленного фельдшером диагноза.
- 2. Оцените правильность назначенной терапии и тактику дальнейшего ведения пациента.
- 3. Ваше мнение о необходимости госпитализации пациента.
- 4. Назовите возможные осложнения.
- 5. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 4

Амбулаторный приём

Больной 3., 62 лет.

Жалобы: на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание.

Анамнез: больным себя считает в течение 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в последние 5 месяцев.

Объективно: температура тела 36,6 °C. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица. Тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс 80 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабо болезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой средне-ключичной линии. Физиологические отправления в норме.

Пациент *направлен* на стационарное обследование и лечение в краевой онкологический диспансер.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Оцените тактику в отношении пациента и необходимость госпитализации.
- 3. Назовите дополнительные исследования, необходимые для установления диагноза.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 5

Амбулаторный приём

Больной А., 36 лет.

Жалобы: на боли в животе, возникающие через 30 минут после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для

уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи.

Анамнез: болен несколько лет. Ухудшение состояния отмечает в осенне-весенний период, обострение провоцируется эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. За медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 78 ударов в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Поставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка, обострение.

В неотложной помощи не нуждался.

Больной направлен на стационарное лечение.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию с обоснованием диагноза.
- 2. Оцените тактику в отношении пациента и необходимость госпитализации.
- 3. Назовите дополнительные исследования, необходимые для установления диагноза.
- 4. Перечислите возможные осложнения.
- 5. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

1.4. Нефрология

Задача № 1

Амбулаторный приём

Пациент 27 лет.

Жалобы: на отеки, умеренную слабость, головную боль.

Анамнез: 2 недели назад перенес ОРВИ, осложненную бактериальным фарингитом, ничем не лечился. Вскоре стал отмечать небольшие отеки по утрам на лице, к вечеру на стопах и голенях, а также, умеренную слабость, головную боль.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые чистые. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту, границы сердца в норме, пульс 72 удара в минуту. А/Д 155/98 мм рт. ст. Аппетит сохранен, живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, моча по цвету не менялась, мочится ночью один раз.

Фельдшером был выставлен *диагноз*: Острый гломерулонефрит.

Назначено: бисопролол в дозе 5 мг и гипотиазид 25 мг в сутки.

Дано направление в ЦРБ на дополнительное обследование.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию с обоснованием диагноза.
- 2. Оцените тактику в отношении пациента и необходимость госпитализации.
- 3. Назовите дополнительные исследования, необходимые для установления диагноза.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 2

Амбулаторный приём

Пациентка К., 65 лет.

Жалобы: на выраженный дискомфорт при мочеиспускании (частое, с резями и жжением), умеренное общее недомогание, повышение температуры тела от 37,6 до 38 °C.

Анамнез: заболела остро 3 дня назад, лечилась домашними средствами. В юности имели место многократные циститы.

Объективно: при осмотре кожа и видимые слизистые, умеренной бледности, пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные пульс 92 удара в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, стул ежедневно. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа, мочеиспускание частое, болезненное.

Фельдшером ФАП выставлен *диагноз*: Хронический цистит, обострение.

Назначено: фурагин и растительные уросептики.

Женщина *оставлена н*а дому.

Контрольный осмотр через 7 дней.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию с обоснованием диагноза.
- 2. Оцените полноту лечения, назначенного фельдшером, тактику в отношении пациента.
- 3. Назовите дополнительные исследования, необходимые для определения активности инфекции мочевыводящих путей и функции почек.
- 4. Ваше мнение о наличии проявлений хронической почечной недостаточности.
- 5. Оцените уровень профессиональной компетентности коллеги.

Задача № 3

Амбулаторный приём

Пациент Н., 40 лет.

Жалобы: на изменение цвета мочи – цвет «мясных помоев».

Анамнез: заболела сутки назад, когда появилось изменение цвета мочи.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычного цвета, отеков не выявлено. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны чистые, ритмичные, пульс 65 ударов в минуту, ритм правильный. АД 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпации доступен, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабоположительный справа. Стул ежедневно, мочеиспускание не нарушено.

Фельдшер выставил *диагноз* Гломерулонефрит, гематурический вариант течения.

Оказана помощь: в/в капельно введена аминокапроновая кислота.

Дано направление в ЦРБ на обследование.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером, ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 3. Оцените объем и обоснованность оказанной помощи, тактику в отношении пациента.
- 4. Выявите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня её профессиональной компетентности.

Задача № 4

Амбулаторный приём

Пациент С., 36 лет.

Жалобы: на общую слабость, головную боль, снижение аппетита, тошноту, одышку при небольшой физической нагрузке, а последнее время и в покое, небольшой зуд кожи, особенно по ночам.

Анамнез: вышеперечисленные жалобы появились несколько месяцев назад и постепенно нарастали. При периодическом измерении АД в предыдущие годы оно было повышенным, повышено АД и у обоих родителей.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная со своеобразным желтушным оттенком, следами расчесов.

На лице и голенях определяются умеренные отеки. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости находится на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, тоны сердца ритмичные, акцент 2-го тона на аорте, ЧСС 65 ударов в минуту. АД 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпации доступен, стул — периодически умеренная диарея. Мочится до 4 раз по ночам, моча слабо окрашена, или совсем бесцветная.

Фельдшер поставил *диагноз:* Гипертоническая болезнь, криз, сердечная недостаточность IIA стадии.

Оказана помощь: введен дибазол 1% в дозе 2,0 мл в/в. **Дано направление** на госпитализацию в ЦРБ.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером, ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 3. Оцените объем и обоснованность оказанной помощи, тактику в отношении пациента.
- 4. Выявите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня её профессиональной компетентности.

Задача № 5

Вызов фельдшера на дом

Пациент В., 28 лет.

Жалобы: на сильные боли в правой поясничной области и правой половине живота с иррадиацией в промежность, яичко. Отмечает также частые позывы на мочеиспускание, рези, тошноту, рвоту, озноб.

Анамнез: подобный приступ отмечался год назад, прошел самостоятельно, после приступа цвет мочи был красным. Ничем не лечился, вышеперечисленные жалобы появились внезапно, что и послужило поводом для вызова.

Объективно: при осмотре температура тела 37,7 °C, пациент стонет и мечется от боли. При физикальном обследовании

патологии со стороны органов дыхания и кровообращения не выявлено, пульс 88 ударов в минуту, ритм правильный, АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, стул ежедневно. Симптом Пастернацкого резко положительный справа, мочеиспускание болезненно.

Фельдшер поставил диагноз: Почечная колика.

Оказана помощь: введен баралгин 2% в дозе 5,0 мл в/в.

Приступ быстро купировался.

Дано направление в ЦРБ на обследование.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию.
- 2. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером и его обоснование.
- 3. Оцените объем и обоснованность оказанной помощи, тактику в отношении пациента. Ваши рекомендации.
- 4. Выявите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня её профессиональной компетентности.

1.5. Эндокринология

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Подросток 15 лет.

Жалобы: на слабость, сонливость (особенно днем), отсутствие аппетита, тошноту, рвоту (однократно), дискомфорт и боли в животе, зуд в области локтевых сгибов, сухость во рту.

Анамнез: с трех лет страдает атопическим дерматитом (наблюдается у дерматолога), в течение полугода дважды перенес ОРВИ. Со слов матери после драки со сверстниками, в течение двух недель изменилось поведение подростка, неохотно посещает школу, избегает общения со сверстниками, постепенно стали нарастать вышеуказанные жалобы. Причиной вызова стала рвота и боли в животе. Погрешностей в приеме пищи не было, кроме сиропа и компота в течение дня, ничего не принимал.

Объективно: температура тела 36,6 ⁰C, кожные покровы сухие, покраснение и расчесы в области локтевых сгибов, справа на нижней губе рана 2 мм в диаметре. Со стороны легких и сердца патологии нет. Живот при пальпации безболезненный, симптом напряжения брюшной стенки отсутствует. Симптом XII ребра отрицательный. Жидкий стул однократно. Мочеиспускание безболезненное, частое.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Диспептический синдром. Обострение атопического дерматита.

Оказана *медицинская помощь*:_Sol. Dimedroli 1% - 1ml подкожно, содовые примочки на область локтевых сгибов.

Рекомендации: наблюдать за состоянием, пить только кипяченую воду.

Подросток оставлен на дому.

Контрольный осмотр – на следующий день утром.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, выделите основные синдромы.
- 2. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 2

Вызов фельдшера на дом

Мужчина Т., 27 лет.

Жалобы: тошнота, однократная рвота, боли в животе, жидкий стул (однократно), слабость, вялость, сухость во рту.

Из анамнеза: в течение 5 лет наблюдается с диагнозом: сахарный диабет I тип. Диабет компенсирован. 2 дня назад закончился инсулин и полоски для глюкометра, собирается ехать выписывать лекарство к врачу эндокринологу.

Со слов жены вечером съел 2 куска сельди с картошкой, ночью однократно был жидкий стул, и появились вышеуказанные жалобы. Утром от еды отказался.

Объективно: температура тела 36,6 °C, кожные покровы сухие. В легких дыхание прослушивается по всем полям, ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 80 ударов в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот немного вздут, мягкий, умеренно болезненный вокруг пупка. Стула больше не было, мочеиспускание частое, безболезненное.

Фельдшером выставлен диагноз: Гастроэнтерит.

Оказана *медицинская помощь*: очистительная клизма, уголь активированный 8 табл., церукал 5 мг. В течение 30 минут симптомы не нарастали, сохранялась слабость, сухость во рту.

Мужчина оставлен на дому.

Контрольный осмотр через 4 часа.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером и его обоснование.
- 2. Оцените объем и обоснованность оказанной помощи.
- 3. Ваше мнение о необходимости госпитализации.

4. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 3

Амбулаторный прием

Женщина М., 29 лет.

Жалобы: жажда, повышен аппетит, слабость, учащенное мочеиспускание, сонливость.

Анамнез: со слов пациентки с момента наступления беременности прибавка массы тела составила 16 кг. Жалобы стали нарастать две недели назад, на 29 неделе беременности. Наследственность по сахарному диабету не отягощена. До беременности была здорова, обследована, уровень сахара крови на 12 неделе беременности в норме.

Объективно: температура тела $36,6^{\circ}$, кожные покровы сухие. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 ударов в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом 12 ребра отрицательный. Сахар крови 11 ммоль/л (определен глюкометром через 2 часа после еды). Физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Гестационный сахарный диабет.

Рекомендовано: несладкое питье.

Дано направление на *госпитализацию* в терапевтическое отделение ЦРБ.

Задание.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером и его обоснование.
- 2. Объясните причину развития гипергликемии.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 4

Амбулаторный прием

Женщина С., 65 лет.

Жалобы: острая слабость, дрожь во всем теле, потливость, головная боль.

Из анамнеза: в течение двух лет пациентка наблюдается с диагнозом сахарный диабет II типа, принимает диабетон два раза в день. Утром, как всегда, приняла диабетон, запив его ½ стакана свежезаваренного фиточая из створок фасоли, листьев черники. На завтрак съела 200 грамм творога со сметаной, через 30 минут появились вышеуказанные жалобы

Объективно: кожные покровы влажные, щеки гиперемированы. В легких дыхание прослушивается по всем полям, ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичны, пульс 94 удара в минуту, напряжён. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Гипертонический криз, неосложнённый.

Оказана *медицинская помощь*: нифедипин 10 мг сублингвально.

В течение 10 минут отмечалось снижение АД до 150/90 мм рт. ст. Внезапно поведение пациентки стало возбужденным, неадекватным, агрессивным.

Фельдшер диагностировала гипогликемическое состояние.

Вновь оказана медицинская помощь: введено 20 мл 40% глюкозы в/в струйно, состояние нормализовалось, АД 130/85 мм рт. ст.

Рекомендовано: проводить мониторинг АД на дому. **Контрольный осмотр** через 6 часов.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером и его обоснование.
- 2. Объясните причину повышения АД. Ваше мнение о целесообразности гипотензивной терапии.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги.

4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 5

Вызов фельдшера на дом

Женщина С., 36 лет.

Жалобы: боли в животе, рвота, отрыжка, сухость во рту.

Анамнез: вышеуказанные жалобы появились внезапно после приёма жирной пищи, ранее подобное состояние возникало после погрешности в диете, однако боли были незначительные, поэтому за медицинской помощью не обращалась. Замужем, имеет двоих детей, вес при рождении первого ребёнка 4,2 кг, вес второго ребенка 4,5 кг. Наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: висцеральное ожирение (вес 106 кг, рост 168 см). Кожные покровы влажные, в легких дыхание по всем легочным полям, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 84 удара в минуту, напряженный. АД 140/90 мм рт. ст. Живот вздут, умеренно болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Сахар крови 10,6 ммоль/л (определён глюкометром).

Фельдшером выставлен *диагноз:* Ожирение. Сахарный диабет II тип (впервые выявленный). Диспептический синдром.

Оказана *медицинская по*мощь: но-шпа 80 мг, панкреатин 50 ЕД.

В течение 20 минут клинические проявления регрессировали, самочувствие пациентки удовлетворительное.

Рекомендовано: в течение суток воздержаться от приема пищи, в последующем соблюдать диету.

Дано направление к эндокринологу.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз, оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 2. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги.

3. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 6

Амбулаторный прием

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 28 лет.

Жалобы: отсутствие менструации в течение 2-х недель, чувство «комка» в области передней поверхности шеи, першение в горле.

Из анамнеза: дискомфорт в области шеи беспокоит около месяца, усилились симптомы в течение последних 2-х недель. Медицинский осмотр проходит регулярно, последний раз обследовалась примерно год назад, диагноз: здорова.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ), зев без особенностей. В легких дыхание по всем полям, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы мягкий при пальпации. При исследовании гениталий обнаружены признаки беременности.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Беременность 6-8 недель. Диффузный зоб II степени (по ВОЗ).

Рекомендовано: встать на диспансерный учет к акушер-гинекологу, принимать йодомарин 200 мкг ежедневно.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте целесообразность назначения (без данных УЗИ) йодомарина в дозе 200 мкг.
- 2. Объясните причину усиления симптомов, вызывающих дискомфорт у пациентки.
- 3. Найдите проблемы в действиях коллеги. Оцените уровень диагностической и лечебной деятельности фельдшера по предложенным критериям профессиональной компетентности.

Задача№ 7

Вызов фельдшера на дом

Женщина 36 лет.

Жалобы: на озноб, боли на передней поверхности шеи с иррадиацией в ухо и нижнюю челюсть, боль усиливается при повороте головы и глотании.

Анамнез: при расспросе выяснено, что три дня назад после переохлаждения, появились боли в горле справа, полоскание с содой и солью сняли болевой синдром, в течение двух дней чувствовала недомогание, а сегодня появились вышеуказанные жалобы. Страдает тонзиллитом.

Объективно: температура тела 38,5 °C, на передней поверхности шеи покраснение кожи, отечность, болезненность при пальпации, усиливающаяся при глотании и поворотах головы, дыхание по всем легочным полям, пульс 88 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Фельдшером выставлен диагноз: Острый тиреоидит.

Оказана медицинская помощь: парацетамол 1 таб. внутрь.

Рекомендовано: прилечь на кушетку до прихода машины скорой помощи.

Пациентка *госпитализирована* в хирургическое отделение ЦРБ.

Задание

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте необходимость вызова скорой помощи.
- 2. Предложите программу лабораторных и инструментальных исследований для подтверждения диагноза.
- 3. Дайте оценку профессиональной компетентности фельдшера согласно предложенным критериям.

Задача № 8

Амбулаторный прием

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 45 лет.

Жалобы: ощущение давления на передней поверхности шеи, легкая охриплость голоса, болезненность при надавливании в области щитовидной железы.

Из анамнеза: год назад при обследовании на УЗИ обнаружено увеличение щитовидной железы, в течение месяца принимала йодомарин, примерно месяц назад появилось ощущение давления, а три дня назад охриплость голоса и болезненность.

Объективно: кожные покровы видимые И слизистые розовые, влажные, при пальпации щитовидной железы определяется симметричный, плотный зоб, узловатой консистенции, слегка болезненный. В легких дыхание по всем полям, пульс 78 ударов в минуту, АД 130/70 мм рт. ст., живот без особенностей.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ). Зоб Хасимото.

Рекомендовано: пройти обследование у эндокринолога.

Задание:

- 1. Проанализируйте ситуацию, обоснуйте диагноз.
- 2. Примерная программа лабораторных и инструментальных исследований и вероятность хирургического лечения.
- 3. Дайте оценку профессиональной компетентности фельдшера, согласно предложенным критериям.

Задача № 9

Амбулаторный прием

К фельдшеру обратилась женщина 53 лет.

Жалобы: нарушение памяти, боли в суставах, мышечные спазмы, снижение слуха, увеличение массы тела, запоры.

Из анамнеза: женщина страдает тиреотоксикозом в течение четырех месяцев, принимает мерказолил, выписана из стационара на дозе 25 мг с рекомендацией снижения дозы по ½ таблетки в две недели. Полмесяца назад пациентка самостоятельно увеличила дозу с 15 до 20 мг в связи с появлением слезотечения и чувства песка в глазах, симптомы исчезли, но появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: заторможена, речь медленная, кожа сухая, холодная, не собирается в складки, в легких дыхание по всем

полям, ЧДД 9 в минуту, пульс 46 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., глухость сердечных тонов. Живот без особенностей.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Медикаментозный гипотиреоз.

Оказана медицинская помощь: левотироксин 50 мкг.

Рекомендовано снизить дозу мерказолила на 5 мг за месяц ($\frac{1}{2}$ таблетки в 2 недели) и обратиться к эндокринологу в ближайшее время.

Контрольный осмотр через 24 часа.

Задание.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз.
- 2. Дайте оценку тактическим действиям фельдшера на догоспитальном этапе.
- 3. Определите проблемы профессиональных действий фельдшера.

Задача № 10

Вызов фельдшера на дом

Женщина 48 лет.

Жалобы: тремор, потливость, чувство внутреннего напряжения, сердцебиение, мышечная слабость, повышение температуры тела до 37.6 °C, похудание.

Из анамнеза: 2 недели назад перенесла ОРВИ, за медицинской помощью не обращалась, лечилась народными средствами, после чего стали появляться вышеуказанные жалобы. Год назад на медосмотре обнаружен узловой зоб, размер узла 3,2 см в диаметре, осмотрена хирургом-эндокринологом, от операции отказалась.

Объективно: температура тела 37,2 °C, пациентка астенического телосложения. Кожа теплая, влажная, дрожание всего тела, положительный симптом «телеграфного столба». Щитовидная железа визуально увеличена, справа пальпируется узел, диаметр узла около 3,5 см. В легких дыхание по всем полям, I тон усилен, прослушивается систолический шум в области

верхушки сердца, пульс 110 ударов в минуту, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Фельдшером выставлен *диагноз:* Узловой зоб. Синдром тиреотоксикоза.

Оказана медицинская помощь: анаприлин 20 мг, глицин 100 мг (3 таб.) под язык, капотен под язык 25 мг.

Наблюдение в течение 30 минут. Пульс уменьшился до 80 ударов в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Пациентка успокоилась и уснула.

Рекомендовано обратиться к эндокринологу.

- 1. Проанализируйте ситуацию, предложите программу обследования для уточнения диагноза.
- 2. Определите проблемы в профессиональных действиях фельдшера.
- 3. Дайте оценку деятельности фельдшера и уровня компетентности, согласно предложенным критериям.

2. ПЕДИАТРИЯ

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Ребенку 8,5 месяцев.

Жалобы: на потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

 $\it U3$ анамнеза: ребенок родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании находился до 2-х месяцев, затем, ввиду гипогалактии фельдшером ФАП переведен на искусственное вскармливание, имели место нарушения в сроках и правилах введения прикорма. Ребенок из социально неблагополучной семьи. Профилактическая доза витамина $\it III_2 - 500$ МЕ принималась нерегулярно. На вышеперечисленные жалобы мама обратила внимание месяц назад.

Объективно: масса тела 8300 г, длина 67 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Голова гидроцефальной формы, затылок уплощен, большой родничок 1,5х1,5 см, края умеренно податливы, выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, пальпируются «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 30 в мин. Сердечные тоны ясные, чистые, ЧСС 126 в мин. Печень выступает из под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание без особенностей.

Фельдшером ФАП выставлен *диагноз:* Рахит 1 ст., период разгара, подострое течение.

Ребенок оставлен на дому для амбулаторного лечения.

Даны *рекомендации*: по режиму дня и питанию, назначен витамин $Д_3$ в дозе 1000 ME ежедневно.

Повторный осмотр через 1 неделю.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз, оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 2. Ваши рекомендации по тактике дальнейшего ведения ребенка.

3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 2

Амбулаторный прием

Ребенок М., 10 лет.

Жалобы: на носовое кровотечение.

Из анамнеза: за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились элементы сыпи различной величины и формы без четкой локализации. Ничем не лечился, носовое кровотечение появилось внезапно, что и послужило поводом для обращения.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, обращает на себя внимание наличие сыпи в виде экхимозов различной величины и срока давности, без четкой локализации, с элементами геморрагической сыпи на шее и руках. Периферические л/у мелкие, подвижные. В легких выслушивается везикулярное дыхание, перкуторно легочный звук, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 102 удара в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен диагноз: Геморрагический васкулит.

Оказана неотложная помощь: нафтизин по 5 капель в каждую половину носа, марлевая турунда, смоченная 3% раствором перекиси водорода, холод на переносицу.

Ребенок госпитализирован.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте диагноз, выделите синдромы, угрожаемые жизни.
- 2. Оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Амбулаторный прием

Мальчик Р., 11 лет.

Жалобы: на боли в пупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак; отрыжка воздухом, тошнота.

Из анамнеза: боли в животе беспокоят в течение 2-х лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Режим дня не соблюдает, часто отмечается еда в сухомятку, большие перерывы в приеме пищи.

Объективно: рост 137 см, масса-31 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, ЧД 20 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 102 удара в мин. Язык обложен белым налетом у корня, живот мягкий, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Симптом Менделя (+). Печень не увеличена, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего». Мочеиспускание не нарушено.

Выставлен диагноз: Хронический гастрит.

От госпитализации отказались.

Даны рекомендации: по питанию.

Медикаментозное *лечение*: мебеверин и мааолокс в возрастных дозировках по схеме.

Повторный осмотр через 5 дней.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте лиагноз.
- 2. Оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Вызов фельдшера на дом

Ребенок Ф., 4-х лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 39,8 градусов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, потливость, боль в горле при глотании.

Из анамнеза: известно, что мальчик заболел 2 дня назад. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела, слабости, затем появилась болезненное глотание, ухудшение самочувствия.

Объективно: общее состояние мальчика средней тяжести, ребенок вялый, капризный, обращает на себя внимание легкий тремор подбородка. Кожа бледная, влажная, видимые слизистые чистые, розового Мышечное цвета. напряжение верхних конечностей. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, умеренно болезненные. В легких выслушивается везикулярное дыхание, перкуторно легочный звук, ЧДД 34 в мин. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, ЧСС 136 ударов в минуту. В зеве при осмотре отмечается увеличение миндалин, их гиперемия, гнойные налеты в лакунах. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Фельдшером выставлен диагноз: Лакунарная ангина.

Назначено: полоскание горла антисептическими растворами, амоксициллин в возрастной дозировке, при повышении температуры выше 38,5 °C – парацетамол.

Повторный осмотр через 3 дня.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером.
- 2. Выделите синдромы, угрожающие жизни ребенка.
- 3. Оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 4. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Вызов фельдшера на дом

Ребенку 9 лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38,6 градусов.

Из анамнеза: заболел остро, вчера днем, отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Ничем не лечился, сегодня утром температура повысилась до 38,6 °C, усилилось недомогание, кашель, насморк, что и послужило поводом для вызова.

Объективно: при осмотре температура тела 39,4 градуса, ребенок вял, в контакт вступает неохотно. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильные выделения из носа слизистого характера. Сохраняется сухой кашель. Перкуторно определяется легочный звук, при аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы, которые после откашливания практически исчезают, ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 122 удара в мин. В зеве выраженные катаральные изменения, наложений нет. мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Фельдшер диагностировал: ОРВИ.

Рекомендовал: обильное теплое щелочное питье, внутрь – аскорил, промывание носовых ходов солевыми растворами, полоскание горла. При температуре тела выше 38,5 °C – парацетамол.

Ребенок *оставлен* на дому.

Рекомендовано: при отсутствии эффекта от назначенного лечения вновь вызвать фельдшера утром.

Задание:

1. Проанализируйте клиническую ситуацию. Ваше мнение относительно диагноза, выставленного фельдшером.

- 2. Выделите синдромы, угрожающие жизни ребенка.
- 3. Оцените объем медицинской помощи, тактику фельдшера.
- 4. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

3. Неотложная помощь

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Мужчина М., 30 лет.

Жалобы: жалоб не предъявляет, больной без сознания.

Из анамнеза: со слов родственников лечился по поводу острого респираторного заболевания. После приема арбидола через 30 минут стал жаловаться на боли и жжение в области желудка, зуд кожных покровов, одышку. Вскоре стал возбужден, начал метаться, кричать «умираю», потерял сознание.

Объективно: больной без сознания, кожные покровы бледные, акроцианоз. A/Д 60/40 мм рт. ст., пульс 140 ударов в минуту, дыхание поверхностное.

Фельдшером выставлен диагноз: Анафилактический шок.

Внутривенно ввести медикаменты фельдшеру не удалось. Внутримышечно *введен* адреналин, кордиамин, строфантин.

Вызвана бригада скорой медицинской помощи. Во время транспортировки в стационар наступила клиническая смерть, проводимые реанимационные мероприятия без эффекта.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию, обоснуйте возможную причину, вызвавшую это состояние.
- 2. Ваше мнение об объеме неотложной помощи на ФАП.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллег, оцените уровень их профессиональной компетентности в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 2

Вызов фельдшера на дом

Женщина П., 40 лет.

Жалобы: затрудненное дыхание, осиплость голоса, слабость, тошнота, головная боль, повышение температуры тела.

Из анамнеза: пациентку укусила пчела. Через 30 минут появилась боль и жжение в месте укуса, пациентка промыла место

укуса водой, приложила лист подорожника. Ранее аллергических реакций не было.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, лицо отечное, лунообразное за счет нарастающих плотных отеков, глаза узкие, температура тела 39 °C, пульс 120 ударов в минуту. А/Д 110/70 мм рт. ст., ЧД 28 в минуту.

Фельдшером выставлен диагноз: Отек Квинке.

Рекомендовано: прием супрастина и парацетамола внутрь. При ухудшении состояния вызов скорой помощи.

Женщина оставлена на дому.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию с обоснованием диагноза.
- 2. Дайте оценку тактики фельдшера при обслуживании вызова (в полном ли объеме был проведен объективный осмотр, выбор тактики после постановки диагноза и др.).
- 3. Ваше мнение о показаниях к госпитализации и дальнейшей тактике ведения пациентки.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 3

Амбулаторный прием

С места ДТП попутным транспортом доставлен мужчина в возрасте 50 лет.

Жалоб не предъявляет.

Анамнез из-за тяжести состояния выяснить не удалось.

Объективно: пострадавший в сознании, заторможен, стонет. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. А/Д 80/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. В области нижней трети левого бедра имеется рваная рана размером 6х8 см, из раны выделяется алая пульсирующая струя крови, в рану выступают костные отломки. Других повреждений не выявлено.

Фельдшером выставлен *диагноз*: Открытый перелом бедра слева. Травматический шок.

Неотложная помощь: наложен жгут в области верхней трети бедра слева, асептическая повязка на рану, проведена иммобилизация, введен 50% раствор анальгина 2,0 мл в/м.

Машиной скорой помощи пострадавший *транспортирован* в районную больницу.

Задание:

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию с обоснованием диагноза.
- 2. Дайте оценку объема неотложной помощи и тактики фельдшера на амбулаторном приеме. Уточните вид иммобилизации.
- 3. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня её профессиональной компетентности в конкретной ситуации (согласно критериям).

Задача № 4

Случай на улице

Фельдшер обнаружила на улице мужчину, лежащего неподвижно.

При осмотре: мужчина без сознания, кожные покровы бледные, холодные на ощупь, зрачки широкие, отсутствует реакция на свет, пульс и дыхание не определяются.

Оценив состояние, *диагностирована* клиническая смерть, начата сердечно-легочная реанимация. Через 15 минут проводимой реанимации фельдшер эффекта не отмечает, прекращает СЛР и диагностирует биологическую смерть.

- 1. Проанализируйте клиническую ситуацию и выделите проблемы в профессиональных действиях фельдшера.
- 2. Назовите признаки биологической смерти.
- 3. Определите необходимый объем неотложной помощи пострадавшему на догоспитальном этапе.
- 4. Оцените уровень профессиональной компетентности фельдшера в конкретной ситуации (согласно критериям).

Амбулаторный прием

Мужчина К., возраст 75 лет.

Жалоб не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Из анамнеза: со слов родственников мужчина по ошибке растворил большую дозу препарата эгилок, перепутав его с сахарином. Пациент страдает сахарным диабетом 2 типа. В анамнезе – гипертоническая болезнь II степени, инвалидность I группы по зрению.

Объективно: пациент находится в состоянии оглушения, дезориентирован, в контакт вступает плохо. A/Д 90/50 мм рт. ст., пульс 50 ударов в минуту, температура тела 35,5 °C.

Фельдшером выставлен предполагаемый *диагноз*: Острое отравление лекарственным препаратом эгилок.

Принято решение о срочной *госпитализации* в стационар. Попутным транспортом, в сопровождении фельдшера *больной доставлен* в участковую больницу.

- 1. Оцените клиническую ситуацию и прогноз в отношении данного пациента.
- 2. Ваше мнение о тактике фельдшера в условиях ФАП.
- 3. Перечислите возможные осложнения в результате приема большой дозы препарата эгилок.
- 4. Определите основные принципы оказания помощи и дальнейшее лечение пациента в условиях стационара.
- 5. Выделите проблемы в профессиональных действиях коллеги с оценкой уровня её профессиональной компетентности в конкретной ситуации (согласно критериям).

ЧАСТЬ II.

1. ТЕРАПИЯ

1.1. Пульмонология

Задача № 1

Амбулаторный прием

Мужчина К., 23 лет.

Жалобы: на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5 °C, сухой кашель.

Анамнез: болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2 °C, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфатические узлы не легкими Перкуторный ЗВУК над ясный. Дыхание рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной Физиологические патологии не выявлено отправления в норме.

Задание:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
- 4. Ваше мнение о тактике дальнейшего ведения пациента.
- 5. Составьте план реабилитации пациента.

Задача № 2

Амбулаторный прием

Мужчина Б., 37 лет.

Жалобы: на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение

температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку.

Анамнез: болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период времени и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Объективно: температура 37,5 °C, состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме.

Задание:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
- 4. Ваше мнение о тактике дальнейшего ведения пациента.
- 5. Составьте план реабилитации пациента.

Задача № 3

Амбулаторный прием

Мужчина И., 26 лет.

Жалобы: на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать.

Анамнез: болен 2-ю неделю, ничем не лечился.

Объективно: температура 37,8 °C. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая

граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме.

Задание:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
- 4. Ваше мнение о тактике дальнейшего ведения пациента.

Задача № 4

Вызов на дом

Женщина Е., 50 лет.

Жалобы: на высокую температуру, головную боль, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель, мокроту с небольшими прожилками крови.

Анамнез: заболевание началось остро 2 дня назад, после переохлаждения.

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

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
- 3. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

- 4. Ваше мнение о тактике дальнейшего ведения пациента.
- 5. Назовите альтернативные методы лечения пациентов при бронхолегочной патологии.

Амбулаторный прием

Мужчина Г., 20 лет.

Жалобы: на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку.

Анамнез: заболел 10 дней тому назад, когда появился насморк, кашель, болела голова, температура не поднималась. Лечился самостоятельно, больничный лист не брал. Два дня назад температура повысилась до 38,4 °C, усилились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: температура 38,6 °C, общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. При осмотре и пальпации грудной клетки изменений не выявлено. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные, влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 30 в мин. Тоны сердца 98 ритмичный, приглушены, пульс ударов мин, В удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
- 2. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
- 4. Ваше мнение о тактике дальнейшего ведения пациента.
- 5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме.

1.2. Кардиология

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Мужчина П., 63 лет.

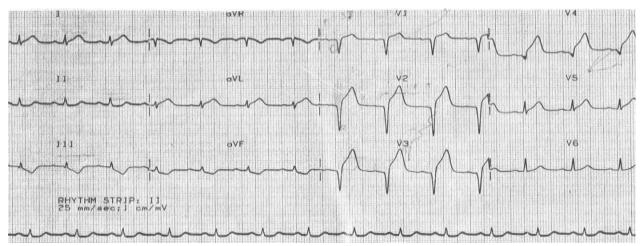
Жалобы на внезапное возникновение приступа удушья.

Из анамнеза: ранее заболевания сердца отрицает.

Объективно: состояние тяжелое, больной сидит, опираясь руками о кровать. Кожные покровы бледные, липкий холодный пот.

В легких дыхание жесткое, по всем легочным полям влажные хрипы, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные ЧСС 137 ударов в 1 минуту, дефицит пульса 32. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б, отеки нижних конечностей до средней трети.

Снята ЭКГ.



Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

Задача № 2

Амбулаторный прием

Женщина К., 47 лет.

Жалобы: усиление головных болей, головокружение, слабость и онемение в левой руке и ноге.

Из анамнеза: в течение 7 лет наблюдается с диагнозом:

Гипертоническая болезнь III, риск IV. Подъемы АД до 180/100 мм рт. ст., постоянно принимает эгилок 100 мг. Курит в течение 10 лет.

При осмотре: кожные покровы без особенностей. В лёгких дыхание по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 удара в минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Задание:

- 1. Выделите основные синдромы заболевания.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

Задача № 3

Амбулаторный прием

Женщина П., 40 лет.

Жалобы на приступы сердцебиения, одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время.

В анамнезе: частые ангины, заболевания сердца отрицает.

При осмотре: кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких дыхание по всем легочным полям, в нижних отделах небольшое количество влажных хрипов, ЧДД 18 в минуту. При аускультации сердца ЧСС 102 удара в минуту, дефицит пульса, выслушивается ритм «перепела», диастолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

- 1. Выделите основные синдромы заболевания.
- 2. Ваш предполагаемый диагноз.
- 3. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

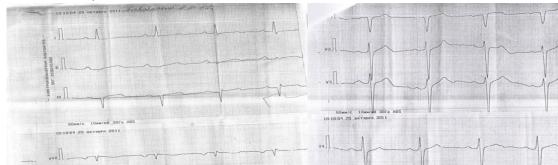
Вызов фельдшера на дом

Мужчина А., 55 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах.

В анамнезе: вышеуказанные жалобы появились в течение месяца, хотя одышка и чувство нехватки воздуха в груди беспокоит в течение 6-8 месяцев, но ранее за медицинской помощью не обращался. Два года назад проходил медицинское обследование на право управления транспортным средством, сохранились данные ЭКГ.

При осмотре: кожные покровы бледные, кожа гиперпигментация, акроцианоз, на нижних конечностях отеки до средней трети голеней. В легких дыхание по всем легочным полям, в нижних отделах ослаблено, ЧДД 20 минуту. В сердечной тупости расширены относительной приглушены, ЧСС 105 ударов в минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, гепатомегалия, печень на 3 см реберной выступает ИЗ ПОД края ДУГИ. Физиологические отправления в норме.



ЭКГ, снятая два года назад.

- 1. Выделите основные синдромы заболевания.
- 2. Ваш предполагаемый диагноз. Возможно ли использование при этом данных ЭКГ 2-х летней давности.
- 3. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.

4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

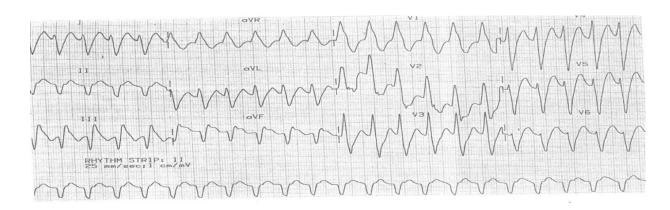
Задача № 5

Амбулаторный прием

Женщина В., 56 лет.

Жалобы на обморочные состояния.

Из анамнеза: вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-х лет с частотой по 3-4 приступа в год. Полгода назад во время приступа потери сознания осмотрена врачом скорой помощи на дому, снята ЭКГ, предложена госпитализация, но пациентка от госпитализации категорически отказалась, так как находилась в другом городе (регионе). Женщина не знает, какие препараты ей вводили во время приступа. ЭКГ, снятое полгода назад предоставила фельдшеру ФАП.



- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Предположите, какой препарат вводился врачом скорой помощи.
- 3. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

1.3. Гастроэнтерология

Задача № 1

Амбулаторный приём

Больной Г., 42 лет

Жалобы: на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту.

Анамнез: 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение самочувствия отмечает в течение месяца.

Объективно: температура тела 37,3 °C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, склеры с желтушным оттенком. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 78 в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Язык Живот обложен желтоватым налетом. мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно пальпируется. болезненная. Селезенка не Физиологические отправления в норме.

Поставлен диагноз: Хронический гепатит.

Задание:

- 1. Обоснуйте ваше мнение, о поставленном фельдшером диагнозе.
- 2. Назовите дополнительные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Перечислите возможные осложнения.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 2

Амбулаторный приём

Пациент М., 47 лет.

Жалобы: на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, снижение аппетита,

отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение.

Анамнез: болен в течение нескольких лет, за медицинской помощью не обращался.

Объективно: пациент пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, мочеиспускание в норме.

Задание:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основные клинические синдромы.
- 2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Перечислите возможные осложнения.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 3

Амбулаторный приём

Женщина 43-х лет.

Жалобы: на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, возникающие после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области.

Анамнез: много лет страдает хроническим холециститом, регулярно не наблюдается. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение последних 4-х месяцев.

Объективно: температура тела 37,2 °C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий,

умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье. Стул ежедневно, мочеиспускание в норме.

Задание:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3. Перечислите возможные осложнения.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 4

Вызов фельдшера на дом

Больной Г., 66 лет.

Жалобы: на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту.

Анамнез: заболела ночью внезапно, накануне вечером поела жирного гуся, подобные боли появились впервые.

Объективно: температура тела 37,4 °C. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 74 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Стул, диурез в норме.

Поставлен *диагноз:* Желчекаменная болезнь, приступ желчной колики.

Больной оказана *неотложная помощь*: обеспечен покой и голод, введено 5,0 мл 2% раствора баралгина в/м.

Через 2 часа *вызвана машина скорой помощи* для госпитализации.

Больная госпитализирована в ЦРБ.

- 1. Ваше мнение с обоснованием, о выставленном фельдшером диагнозе.
- 2. Оцените объем выполненной неотложной помощи и необходимость госпитализации пациентки.
- 3. Перечислите возможные осложнения.

Амбулаторный приём

Мужчина Д., 28 лет.

Жалобы: на резкую слабость, головокружение, появившиеся несколько часов назад, два раза была рвота, рвотные массы напоминают «кофейную гущу».

Анамнез: в течение нескольких лет состоит на учете с язвенной болезнью желудка.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких дыхание выслушивается по всем легочным полям, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 98 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен сероватым налетом, при пальпации живота определяется умеренная болезненность в эпигастральной области. Стул ежедневно, мочеиспускание свободное.

Выставлен *диагноз*: Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся желудочным кровотечением.

Больному был *обеспечен* постельный режим, пузырь со льдом на эпигастральную область, введен этамзилат (дицинон) 2 мл в/м

Машиной скорой помощи больной *госпитализирован* в хирургическое отделение.

- 1. Оцените состояние пациента и обоснуйте правильность поставленного диагноза.
- 2. Ваше мнение о полноте оказания неотложной помощи пациенту.
- 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе с его обоснованием.

1.4. Нефрология

Задача № 1

Амбулаторный приём

Мужчина 3., 35 лет.

Жалобы: на нарастающую мучительную головную боль, головокружение, тошноту.

Анамнез: 2 недели назад перенёс ангину, в последние три дня появились жажда, выраженные общие отёки, сильная головная боль, однократно моча была цвета «мясных помоев».

Объективно: состояние тяжёлое, выражение страдания на лице. Кожа бледная, лицо пастозно, выраженные мягкие отёки на ногах, отёчна мошонка. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, 52 удара в мин, АД 170/110 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме, безболезненный, перкуторно значительное притупление в боковых отделах живота. Стул ежедневно, диурез уменьшен со слов пациента.

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости и объёме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 2

Вызов фельдшера на дом

Женщина В., 82 лет.

Жалобы: на отсутствие аппетита, тошноту, однократную рвоту, стала редко и мало мочиться.

Анамнез: в течение последней недели принимала гипотиазид по 50 мг в день по поводу гипертонической болезни, стала много мочиться, АД снизилось. Два дня назад диурез резко уменьшился, пропал аппетит, появилась тошнота, рвота съеденной пищей. В прошлом никаких заболеваний почек и желудочно-кишечного тракта не отмечает, анализ мочи был нормальный.

Объективно: состояние средней тяжести, лежит в постели. Кожа обычного цвета, сухая, отёков нет. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 100 ударов в мин, АД 90/55 мм рт. ст. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный, стул нормальный. Симптом поколачивания по пояснице слабо положительный с обеих сторон. Мочеиспускание редкое.

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости и объёме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 3

Вызов фельдшера на дом

Женщина Ц., 25 лет.

Жалобы: на выраженную одышку («не хватает воздуха»), большие отёки.

Анамнез: всегда была здорова. Неделю назад перенесла острый отит, в последние три дня появились отеки, головная боль. В течение последних 12 часов появилась и стала нарастать одышка, влажный кашель.

Объективно: состояние тяжёлое, пациентка сидит в постели, т. к. попытка лечь усиливает одышку. Кожа бледная. Выраженные периферические отёки. В лёгких дыхание жёсткое, по лёгочным полям, больше В **КИНЖИН** отделах, здесь выслушиваются мелко - и среднепузырчатые влажные хрипы, ЧДД 36 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 ударов в мин, АД 176/115 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно увеличен в объёме. Симптом поколачивания пояснице слабо ПО положительный с обеих сторон.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
- 2. Решите вопрос о необходимости и объёме неотложной помощи в условиях ФАП.

3. Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

Задача № 4

Вызов фельдшера на дом

Женщина М., 54 лет.

Жалобы: повышение температуры тела до 39,6 °C с ознобами, умеренные боли в правой поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании.

Анамнез: заболела остро, сутки назад, когда появились вышеперечисленные жалобы, ничем не лечилась.

Объективно: состояние тяжёлое, возбуждена. Кожа бледная, влажная, отёков нет. В лёгких без особенностей, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, 102 удара в мин, АД 85/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, стул ежедневно. Симптом Пастернацкого положительный справа, моча мутная.

Задание.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости и объёме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

Задача № 5

Вызов фельдшера на дом

Мужчина С., 56 лет.

Жалобы: на постоянную тошноту, рвоту по утрам, сухость во рту, отсутствие аппетита, выраженную общую слабость.

Анамнез: в течение 10 лет при случайных измерениях отмечалось повышение АД, планово не обследовался, однократно находили белок в моче. Последний год стал отмечать повышенную утомляемость, снижение аппетита, похудание, кожный зуд.

Объективно: мужчина пониженного питания, кожа бледная, сухая, с расчёсами, лицо одутловато. Отмечаются отдельные

подёргивания мышц туловища и верхних конечностей. В легких дыхание глубокое, шумное ЧДД 26 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, по левому краю грудины шум трения перикарда, ЧСС 90 ударов в мин, АД 170/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание не нарушено, количество мочи со слов больного стало меньше.

Задание.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости и объёме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

1.5. Эндокринология

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Женшина 58 лет.

Жалобы: на головную боль, острую слабость, потливость, чувство голода.

Из анамнеза: неделю назад выписана из ЦРБ с диагнозом гипертоническая болезнь 2, риск 2, сахарный диабет 2 тип, средней тяжести (впервые выявленный). Принимает эгилок 75 мг в сутки, манинил 3,5 мг 2 раза в сутки, перед завтраком и ужином. Вчера вечером забыла выпить манинил перед ужином, утром приняла 2 таблетки и через 2 часа после завтрака появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: сознание сохранено, кожные покровы влажные, тремор конечностей. АД 160/95 мм рт. ст. Пульс 82 удара в минуту, напряжен, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный.

Задание.

- 1. Предполагаемая причина, вызвавшая ухудшение состояния, обоснование степени тяжести.
- 2. Объем оказания неотложной помощи.
- 3. Тактика дальнейшего ведения пациентки с конкретными рекомендациями в рамках компетенции фельдшера.

Задача № 2

Амбулаторный прием

Мужчина К., 30 лет.

Жалобы: головная боль, заложенность носа, боли в мышцах.

Из анамнеза: заболел сегодня остро, когда появились вышеуказанные жалобы, самостоятельный прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 0,5 и колдрекса уменьшили боли в мышцах, однако продолжали беспокоить головная боль, заложенность носа, что и послужило поводом для обращения. В течение 2 лет наблюдается с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, находится на инсулинотерапии, диабет компенсирован, доза

инсулина адекватная. Принимает хумалог по хлебным единицам, лантус в 10 часов вечера 12 ЕД.

Объективно: кожные покровы влажные, гиперемия щек, пульс 82 удара в минуту, напряжен. АД 150/90 мм рт. ст. Во время осмотра пациент вдруг резко встал, подошел к окну и попросил вызвать участкового милиционера, так как ему угрожают и есть опасность, что его убьют.

Задание.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование, мнение о причине, вызвавшей неадекватное поведение.
- 2. Объем оказания неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Дальнейшая тактика ведения пациента с рекомендациями в рамках компетенции фельдшера.

Задача № 3

Вызов фельдшера на дом

Подросток 15 лет.

Жалобы: на тошноту, отвращение к пище, однократную рвоту и жидкий стул, дискомфорт в животе.

Анамнез: в течение 1 года наблюдается с диагнозом: Сахарный диабет 1 тип, стадия компенсации. Несколько дней подросток с родителями работал на сенокосе, самостоятельно перед работой уменьшал дозу вводимого инсулина на 50 процентов, несмотря на принятые меры профилактики, несколько раз было гипогликемическое состояние, которое купировалось приемом Два прекратил введение caxapa. ДНЯ назад инсулина, гипогликемические состояния прекратились, чувствовал удовлетворительно. На 3 день перед работой появилась слабость, пропал аппетит, пил холодное молоко, работать не прекратил. Вечером стали нарастать вышеуказанные жалобы. Со слов матери, сахар крови определить не удалось, так как глюкометр не работает.

Объективно: кожные покровы сухие, мышечный тонус снижен, АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту слабого наполнения. Живот обычной формы, несколько напряжен вокруг пупка.

Задание.

- 1. Ваше мнение о причине, вызвавшей острое состояние с обоснованием.
- 2. Объем оказания неотложной помощи на дому.
- 3. Определите дальнейшую тактику ведения пациента с конкретными рекомендациями в рамках компетенции фельдшера.

Задача № 4

Вызов фельдшера на дом

Мужчина 32 лет.

Пациент без сознания.

Анамнез: со слов жены, мужчина наблюдается по поводу сахарного диабета с 23 лет, диабет компенсирован. Сегодня в гостях муж немного выпил спиртного, был в хорошем настроении, танцевал, Поведение изменилось по приходу домой, отказался раздеваться, сам лег на диван и быстро уснул. При попытке раздеть мужа, обратила внимание на сильное напряжение мышц, руки его были мокрые и холодные, что и послужило поводом для вызова.

Объективно: сознание отсутствует, зрачки расширены, кожные покровы влажные, мышцы напряжены, глазные яблоки твердые, дыхание поверхностное, частое.

Задание.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Ваше мнение о причине развития острого состояния.
- 2. Объем оказания неотложной помощи на дому.
- 3. Дальнейшая тактика ведения пациента.

Задача № 5

Амбулаторный прием

На ФАП случайными прохожими доставлен молодой человек, на вид лет 25-ти.

Анамнез: мужчина лежал на скамейке около почты, где обычно останавливается рейсовый автобус. Со слов водителя

молодой человек не местный. В кармане куртки обнаружен бумажник с деньгами и разряженный сотовый телефон.

Объективно: сознание отсутствует, зрачки на свет реагируют слабо, кожные покровы сухие, со следами расчесов в области живота, дыхание шумное, редкое, гнилостный запах в выдыхаемом воздухе. Мышечный тонус снижен, глазные яблоки мягкие. Пульс 106 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 80/50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, ниже пупка справа и слева участки атрофии подкожной клетчатки живота в диаметре около 15 см.

Задание.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Ваше мнение о причине развития острого состояния.
- 2. Объем оказания неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Тактика дальнейшего ведения пациента.

2. ПЕДИАТРИЯ

Задача № 1

Вызов фельдшера на дом

Мальчик 9 лет.

Жалобы на внезапно развившийся приступ, сопровождающийся сухим мучительным кашлем, одышкой, шумным дыханием с преимущественным затруднением выдоха.

Из анамнеза: заболел остро 2 часа назад, с внезапно развившегося приступа, что и послужило поводом для обращения. Состоит на диспансерном учете по поводу частых ОРЗ, бронхита.

Объективно: состояние средней тяжести, ребенок напуган, лицо одутловатое, Кожные покровы чистые, акроцианоз, склеры инъецированы. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание в легких ослаблено, масса сухих свистящих хрипов, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 112 в мин. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 2

Вызов фельдшера на дом

Мальчик 4-х лет.

Жалобы: повышение температуры до 38,5 °C, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза: известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. Ничем не лечился. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. На первом году жизни – пищевая аллергия, атопический дерматит. В 1,5 года перенес

обструктивный бронхит. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает.

Объективно: ребенок возбужден. Кожные видимые слизистые чистые, на лице румянец. Из носовых ходов отделяемое серозного характера, цианоз носогубного треугольника. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки, ЧД 35 в минуту. Тоны сердца 126 ритмичные, ШУМОВ нет, ЧСС уд/мин. громкие, гиперемирован, небные миндалины II степени. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 3

Вызов фельдшера на дом

Девочка 5-ти лет.

Жалобы: отек в области правой руки, одутловатость лица, недомогание, беспокойство.

Из анамнеза: ребенка укусила оса, после чего в области правой руки появился отек и болезненность. Через 30 минут присоединилось недомогание, беспокойство, что и послужило поводом к вызову.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,2 °С. Кожные покровы чистые, в области правой руки определяется отек, покраснение и болезненность в месте укуса, пастозность век, одутловатость лица. Ребенок покашливает, в легких дыхание везикулярное, ЧДД 22 в мин. Сердечные тоны чистые, ритмичные, ЧСС 112 в мин. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Вызов фельдшера на дом

Ребенку 9 мес.

Жалобы: на повышение температуры до 39,8 °C, выраженную бледность кожных покровов, похолодание конечностей, вялость, насморк.

Из анамнеза: заболел остро вчера вечером, когда повысилась температура до 38,3 °C, появилась заложенность носа. После приема нурофена температура снизилась, однако ночь провел беспокойно, капризничал. Сегодня утром повышение температуры до 39,8 °C, появились вышеперечисленные жалобы, что и послужило поводом для вызова.

Объективно: кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные л/у, мелкие, эластичные, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное отделяемое из носа слизистого характера. Перкуторно определяется ясный легочный звук, при аускультации выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 40 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 126 в мин. В зеве катаральные изменения, мягкий, выраженные живот безболезненный, печень И увеличены. Стул и селезенка не мочеиспускание в норме.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос об объеме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Случай в процедурном кабинете

Мальчик 10-ти лет.

Жалобы: жалоб не предъявляет, ребенок без сознания.

Из анамнеза: ребенок приглашен в процедурный кабинет для забора крови из вены утром натощак. В ходе выполнения манипуляции ребенок резко побледнел и потерял сознание.

Объективно: ребенок без сознания, кожные покровы бледные, холодный пот на лице.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос об объеме неотложной помощи в условиях ФАП.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Задача № 1

Амбулаторный прием

На ФАП доставлен мужчина в возрасте 48 лет.

Жалобы: на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье.

Из анамнеза: мужчина упал с лестницы и ударился грудной клеткой несколько часов назад. Накануне поступления терял сознание.

Объективно: больной в сознании, положение вынужденное, изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные, дыхание поверхностное пульс 120 ударов в минуту, А/Д 90/50 мм рт. ст. Пальпаторно отмечается умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье.

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Решите вопрос о необходимости неотложной помощи в условиях $\Phi A \Pi$.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Задача № 2

Амбулаторный прием

На ФАП доставлен пострадавший с ожогами пламенем.

Жалобы: на боли в местах ожогов, жажду.

Объективно: пострадавший в сознании. Дыхание поверхностное, пульс 120 ударов в минуту, А/Д 90/60 мм рт. ст. Обе верхние конечности гиперемированы, покрыты пузырями, заполненными жидкостью янтарного цвета. Передняя поверхность туловища имеет «мраморный вид», раневая поверхность резко болезненна. На правом бедре по всей его поверхности (циркулярно)

отмечается обугливание эпидермиса, просвечивают тромбированные вены.

Задание:

- 1. Оцените тяжесть состояния пострадавшего.
- 2. Определите площадь и степень ожога.
- 3. Сформулируйте диагноз с обоснованием.
- 4. Окажите неотложную помощь.
- 5. Ваши предположения о возможных осложнениях и прогнозу пациента.

Задача № 3

Вызов фельдшера в школьную столовую

Мальчик 12-ти лет.

Анамнез: во время обеда, при приеме пищи мальчик поперхнулся, у него внезапно появился сильный кашель, ребенок начал синеть, ничего не мог сказать, хватался руками за шею. Срочно был вызван фельдшер.

При осмотре: кожные покровы бледные, лицо гиперемировано, отмечается цианоз носогубного треугольника. Кашель уменьшился, но на расстоянии слышны свистящие звуки при вдохе и выдохе. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в 1 минуту, пульс 140 ударов в минуту.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
- 2. Окажите неотложную помощь.
- 3. Определите тактику дальнейшего ведения ребенка.

Вызов фельдшера на место происшествия

Незнакомый человек ударил пострадавшего ножом в живот 40 минут назад.

Жалобы: на боли в области живота, головокружение, слабость.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 100 ударов в 1 минуту, А/Д 90/60 мм рт. ст. На передней брюшной стенке, левее и ниже пупка имеется колоторезаная рана до 6 см в длину, с выпавшей из раны петлей кишки. Живот при пальпации болезненный вокруг раны, отмечается напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга (+).

Задание:

- 1. Ваш предполагаемый диагноз.
- 2. Объем неотложной помощи, в которой нуждается пострадавший.
- 3. Ваши тактика по поводу выпадения петли кишечника.

Задача № 5

Вызов фельдшера на место происшествия

В гараже, в салоне машины с работающим двигателем, обнаружен мужчина 56 лет.

Объективно: пострадавший без сознания, в воздухе присутствует запах алкоголя. Кожные покровы гиперемированы, губы, крылья носа синюшны, дыхание поверхностное, ЧДД 28 в 1 минуту, пульс 120 ударов в минуту, А/Д 100/60 мм рт. ст.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2. Определите объем первой помощи.

- 3. Перечислите возможные осложнения.
- 4. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

методическое пособие

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Редактирование, корректировка Л. В. Лащинская