## Бюджетное профессиональное образовательное учреждение

## Воронежской области

## «ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Одобрено цикловой  комиссией «Лечебное дело»  Председатель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | УТВЕРЖДАЮ | | | |
| Трубникова Л.Е. | |  | Зам. директора по учебной работе | | | |
| Протокол № 1 | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/Е.Л. Селивановская/ | | | |
| «31» августа 2022г. |  |  | « » сентября 2022г. | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**экзамена**

**по**

***ПМ 02 «Лечебная деятельность»***

**Специальность «Лечебное дело».**

Воронеж, 2022

**Общие и профессиональные компетенции.**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения задания.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физкультурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ОК 14. Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний.

ПК.2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациентов.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента .

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7.Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

**Ситуационные задачи экзамена по ПМ.02**

**Задача №1**

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. *Объективно:* температура 37,5°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче №1**

1.Хронический бронхит в стадии обострения.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные: субфебрильная температура .

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

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

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

*Принципы лечения*:

Режим постельный, частое проветривание помещения.

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

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

Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин .

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

Дыхательная гимнастика.

Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.

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

Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

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

**Задача №2**

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

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза.

3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

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

**Эталон ответа к задаче №2**

###### 1. Диагноз: острый аппендицит.

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

###### 2. Дополнительные методы исследования.

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

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

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

Симптом Раздольского – болезненность при перкусии над очагом воспаления.

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1. Вызвать машину скорой медицинской помощи.

2. Приложить холод к животу.

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

Сердечные препараты вводятся по показаниям.

###### 4. Диагностическая и лечебная программа.

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

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

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

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

**Задача №3**

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто- гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера – вновь поднялась температура до 38,4°С. *Объективно:* температура – 38,6°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №3**

1. Правосторонняя очаговая пневмония.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные:

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

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: очаговое затенение в легких.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения*:

Постельный режим.

Диета № 15, обогащенная витаминами .

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

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры.

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Оксигенотерапия.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

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

*Профилактика:*

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

**Задача №4**

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

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.

3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №4**

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

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

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

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

###### 2. Дополнительные симптомы

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

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

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1) исключить энтеральное введение жидкости и пищи;

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

3) ввести сердечные и дыхательные аналептики по показаниям.

Анальгетики не вводить!

4) приложить холод к животу;

5) ввести тонкий назогастральный зонд (не промывать!)

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

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

Целесообразно удалить содержимое желудка с помощью зонда.

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

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

Транспортировка только в положении лежа в рациональном для больного положении.

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

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

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

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

2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

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

Премедикация (её объем) зависит от состояния.

**Задача №5**

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад. *Объективно:* температура 37,4°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительно сердечной тупости на 0,5см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке –нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70мм рт. ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №5**

1. Ревматизм, ревматический эндомиокардит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные:

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

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

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

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

Антибактериальная терапия (антибиотики ‑ пенициллин)

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

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

*Профилактика:*

первичная:

* повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;

вторичная:

* бициллинопрофилактика;

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

#### Задача№6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области. *Объективно:* состояние тяжелое, температура тела 38,7°С. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены, кожа бледная. Слизистые сухие. Язык обложен серым налетом. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные физикальные методы обследования для уточнения диагноза и расскажите о методике их применения.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи больному.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.

**Эталон ответа к задаче №6**

###### 1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.

Ставится на основании:

а) анамнеза и жалоб на боли по всему животу, которые вначале локализовались в правый подвздошной области (аппендикулярный перитонит), длительность заболевания – третьи сутки, соответствует токсическому периоду заболевания;

б) объективного исследования:

1. *местные симптомы:* боли в животе, как самостоятельные, так и пальпаторные, напряжение мышц всей передней брюшной стенки, вздутие живота, отсутствие участия живота в акте дыхания;
2. *общие симптомы:* выраженные симптомы интоксикациии и обезвоживания: многократная рвота, гипертермия, тахикардия, симптом ножниц, бледность кожи, сухость слизистых, заостренность черт лица, обложенность языка приводят к тяжелому общему состоянию пациента.

Рвота и вздутие живота свидетельствуют о развитии пареза кишечника.

###### 2. Дополнительные физикальные методы обследования

Для подтверждения диагноза необходимо выявить достоверные для перитонита симптомы раздражения брюшины.

Симптом *Щеткина-Блюмберга* – резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки.

Симптом *Воскресенского* (рубашки) – резкое усиление болей в конце движения руки исследователя, быстро скользящей по натянутой рубашке, от мечевидного отростка к левой, а затем правой подвздошной области.

Симптом *Раздольского* – резкое усиление болей со стороны передней брюшной стенки при легкой перкуссии ее кончиками согнутых пальцев кисти.

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи

Больной с перитонитом по жизненным показаниям нуждается в экстренном оперативном вмешательстве, для чего срочно госпитализируется в отделение ургентной хирургии.

Необходимо:

а) приложить пузырь со льдом к передней брюшной стенке (уменьшение боли, замедление, развития гнойно-инфекционного процесса).

б) ввести тонкий назо-гастральный зонд для аспирации желудочного содержимого (профилактика рвоты, уменьшение эндотоксикоза).

в) транспортировать пациента на носилках в положении лежа.

г) осуществить оксигенотерапию через носовые катетеры в машине скорой помощи (уменьшение явлений дыхательной недостаточности, улучшение оксигенации крови, окислительно-востановительных процессов в организме).

Все манипуляции выполняются в перчатках.

Противопоказано:

1. - введение анальгетиков (маскируют клинические симптомы).
2. - прикладывание тепла к животу (активизирует гнойно- воспалительный процесс).
3. - применение лекарственных препаратов и жидкости энтерально (провоцируют рвоту).
4. - применение клизм (ухудшают общее состояние, провоцируют перфорацию кишечника).

###### 4. Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

После уточнения диагноза проводят предоперационную подготовку. Целью предоперационной подготовки является стабилизация гемодинамики, функции дыхания, температуры тела. Для этого катетеризируют центральную вену и проводят интенсивную инфузионную терапию препаратами плазмозамещающего, дезинтоксикационного действия, регулирующими водно-электролитный баланс, сердечную деятельность и функцию дыхания. Применяют также анальгетики, антипиретики, массивные дозы антибиотиков.

Продолжают аспирацию желудочного содержимого через зонд.

Вводят газоотводную трубку в прямую кишку, для декомпрессии кишечника, постоянный катетер в мочевой пузырь для контроля почасового диуреза.

После предоперационной подготовки, которая может продолжаться 3-4 часа до стабилизации состояния, выполняется операция – срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости под интубационным наркозом.

После операции пациента переводят в отделение реанимации. В послеоперационном периоде продолжают антибактериальную терапию прежде всего антибиотиками широкого спектра действия, т.к. среди возбудителей перитонита преобладает ассоциативная флора (комбинация кишечной палочки и гноеродных форм стафилококков).

Проводят коррекцию метаболических нарушений, т.к. страдают все виды обмена, а естественное питание в первые дни лечения исключено.

Потери белка компенсируют введением нативной и свежезамороженной плазмы, цельнобелковых и аминокислотных кровезаменителей.

Минеральные потери компенсируют регуляторами водно-электролитного баланса; энергообмен – концентрированными растворами глюкозы, реже жировыми эмульсиями; КЩС – введением раствора бикарбоната натрия.

Назначают адекватное обезболивание, включающее наркотические анальгетики.

Применяют бронхолитики, сердечно-сосудистые, десенсибилизирующие средства, пассивную иммунизацию (антистафилококковой плазмой, гамма-глобулином), витаминотерапию. Ингибиторы протеаз, антикоагулянты, кортикостероиды – средства нормализующие микроциркуляцию применяются под контролем соответствующих показателей.

Широко применяют методы экстракорпоральной детоксикации. Особое внимание уделяют восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (декомпрессия, активная аспирация, коррекция электролитного баланса, применение антихолиностерозных препаратов, электростимуляция, различные блокады, по возможности ранее энтеральное питание).

Местное лечение ран проводят в условиях тщательного соблюдения асептики. Решающее значение наряду с комплексным лечением имеет полноценный уход за пациентом.

**Задача №7**

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался. *Объективно:* температура 36,4°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №7**

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные:

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

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

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

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

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

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

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол

Диуретики: верошпирон, гипотиазид

Комбинированные препараты: капозид, логимакс

Лечебная физкультура

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник

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

*Профилактика:*

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

**Задача №8**

В ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на третий день после празднования Нового года. Боль иррадиирует в правое надплечье. Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения. *При обследовании:* состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 37,6°С. Пульс 94 удара в мин, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье пальпаторно определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, о характерных для данного заболевания симптомах и методике их определения.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.

**Эталон ответа к задаче №8**

###### 1. Диагноз: Острый холецистит.

Ставится на основании:

а) жалоб на острую боль в правом подреберье;

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

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

###### 2. Дополнительные физикальные методы обследования.

Для подтверждения диагноза существует ряд характерных симптомов.

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

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

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

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

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

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

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

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

е) наблюдать за состоянием пациентки до прибытия скорой помощи;

ж) транспортировку осуществлять на носилках в положении лежа.

Все манипуляции выполнять в перчатках.

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

###### 4. Диагностическая и лечебная программа.

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

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

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

ФГДС, Ro..графия брюшной полости по показаниям.

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

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

В остальных случаях лечение начинают с консервативных мероприятий.

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

С этой целью применяют антибактериальные препараты:

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

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

**Задача №9**

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе – частые циститы. *Объективно:* температура 38°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

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

**Эталон ответа к задаче №9**

1. Острый пиелонефрит.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

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

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения*:

Режим постельный.

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

Антибактериальная терапия (уроантисептики):

антибиотики: полусинтетические пенициллины ‑ ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины,

пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, бисептол .

нитрофураны: фурадонин, фурагин.

производные налидиксовой кислоты: неграм, невиграмон, нитроксолин.

Спазмолитики и анальгетики ‑ при болях.

Физиотерапия (диатермия на область почек).

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

*Профилактика:*

первичная:

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

вторичная:

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

**Задача №10**

Молодой мужчина упал, ударившись левым подреберьем о перекладину, расположенную на высоте приблизительно 15см от земли. Сразу почувствовал боли в животе, головокружение, слабость. Пострадавшего занесли прохожие в здравпункт соседнего предприятия, где он был осмотрен фельдшером. Результаты осмотра: больной бледен, покрыт холодным потом, лежит спокойно на спине положение не меняет, пульс 120 уд. в мин, наполнение снижено, АД 85/40мм рт. ст., дыхание ритмичное, несколько учащенное. Живот при пальпации мягкий, резко болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положителен во всех отделах.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных исследованиях, необходимых для подтверждения диагноза.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.

**Эталон ответа к задаче №10**

###### 1. Диагноз: закрытая травма живота (разрыв селезники?), геморрагический шок II степени.

Заключение основано на данных

* анамнеза: заболевание связывает с травмой, до травмы был абсолютно здоров, ударился областью левого подреберья (расположение паренхиматозного органа- селезенки) и сразу отметил боли в животе, головокружение слабость.
* объективного исследования: бледность кожных покровов и видимых слизистых, липкий пот, учащение пульса и снижение кровяного давления говорят о состоянии шока. Поскольку живот мягкий, а симптом Щеткина-Блюмберга выражен отчетливо можно думать о кровотечении в брюшную полость (скорее всего разрыве селезенки).

###### 2. Дополнительные исследования

Данному больному следует провести дополнительное исследование- перкуссию живота. Если в брюшной полости скопилась жидкость

(кровь), то отмечается притупление перкуторного звука в латеральных отделах. Этой жидкостью может быть только кровь, так как при повреждении полых органов (желудка, кишечника, мочевого пузыря) было бы напряжение мышц брюшного пресса.

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Обеспечить покой и положить холод на живот.

2. Ввести гемостатики.

3. Осуществить ингаляцию кислорода.

4. Обеспечить экстренную транспортировку в отделение неотложной хирургии в положении лежа машиной скорой медицинской помощи.

5. По пути следования начать инфузионную терапию, по возможности — применить аутоанальгезию.

Покой необходим, т.к. физическая нагрузка усилит кровопотерю и боли -углубит шок. Восполнение ОЦК, путем введения жидкости улучшить кровоснабжение тканей, будет способствовать стабилизации гемодинамики.

Дача кислорода в ингаляциях увеличит насыщение крови кислородом.

Экстренность транспортировки диктуется тем, что возможности организма по преодолению последствий травмы ограничены.

###### 4. Диагностическая и лечебная программа.

В отделении неотложной хирургии для уточнения диагноза, если в этом есть необходимость, возможно проведение лапароцентеза с щарящим катетером, лапароскопии.

Исследуются кровь и моча, определяются группа крови и резус-принадлежность.

При травме живота с кровотечением в брюшную полость показана операция.

Премедикация: раствор промедола, раствор атропина. Больной должен помочиться или производят катетеризацию. Наркоз интубационный. Во время операции введение крови и кровезаменителей.

Если повреждена селезенка или сосуд, а полые органы не повреждены, то излившаяся кровь может быть возвращена в кровяное русло, конечно, если травма живота закрытая.

В послеоперационном периоде коррекция обменных процессов, профилактика пневмоний, пролежней, возможного развития ДВС синдрома, наблюдение за состоянием раны и функцией кишечника.

**Задача №11**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32 – лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось больше количество гнойной мокроты с неприятным запахом. *Объективно:* температура 38,5°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации а области притупления дыхание бронхиальное, выслушивание крупно – и средне пузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 мин. АД 100/70мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №11**

1. Абсцесс правого легкого.

*Обоснование*:

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

2)объективные данные:

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

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх ‑ округлое затенение, после прорыва ‑ округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.

3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения*:

Режим постельный .

Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.

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

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

Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители.

Постуральный дренаж.

Лечебная бронхоскопия.

Прогноз благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

*Профилактика*:

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

**Задача №12**

Вызов фельдшера скорой помощи к беременной женщине 19 лет, беременность на сроке 34 недели. Жалобы: головная боль, мелькание мошек перед глазами, боль в эпигастральной области, однократная рвота.

Анамнез: беременность первая, состоит на учете в женской консультации. 2 недели назад было выявлено повышение АД до 140/90, 145/95 мм. рт. ст., от госпитализации в ОПБ беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловато. АД 160/100, 170/110 мм. р.т. ст., на ногах отеки.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его;
2. Составьте алгоритм действий оказания доврачебной помощи;

**Эталон ответа к задаче №12**

Диагноз: *беременность 34 недели преэклампсия. Беременность устанавливается на основании анамнеза, женщина состоит на диспансерном учете в женской консультации.*

Преэклампсия подтверждается клиническими симптомами:

- повышением АД;

- отеками на ногах;

- головной болью, нарушением зрения, болью в эпигастрии.

###### 2. *Учитывая, что преэклампсия, как правило, является предшествующей стадией эклампсии, последовательностью оказания доврачебной помощи должна быть следующей:*

*-* дать наркоз с закисью азота;

- внутревенно ввести 0,25 % р-ра дроперидола 2-4 мл, 2,5 % р-р седуксена 2,0 мл, 25%;

- р-ра магния сульфата 10 мл;

- измерить АД- повторно;

- бережно на носилках госпитализировать в акушерский стационар;

- передать сообщение по рации.

###### 3. *Измерение АД у беременных производится на обеих руках.*

Последовательность действий:

- наложите манжетку на обнаженное плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба. Одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки;

- закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец;

- руку беременной положите в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены;

- соедините монометр с манжеткой;

- нащупайте пульс на плечевой артерии в области локтевого сгиба и поставьте на это место фонендоскоп;

- закрепите вентиль на груше и накачайте в манжетку воздух. Воздух нагнетайте до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям монометра не превысит примерно на 30 мм рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии. Откройте вентиль и медленно, со скоростью не более 20 мм рт. ст. в секунду, выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны на плечевой артерии и следите за показателями шкалы монометра;

- при появлении первых звуков (тоны Короткова) на плечевой артерии отметьте уровень систолического давления.

**Задача №13**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудение. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-ый месяц. *Объективно:* температура 37,2°С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно – жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите всевозможные осложнения.

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

**Эталон ответа к задаче №13**

1. Диффузный токсический зоб.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

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

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

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета с достаточным содержанием витаминов

Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия

В-адреноблокаторы: анаприлин

Седативные препараты: валериана, пустырник

Лечение радиоактивным йодом

Хирургическое лечение

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

* психическая саморегуляция;
* диспансерное наблюдение;
* регулярный прием назначенных препаратов.

**Задача №14**

В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20 – летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из – за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово – синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
4. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.

**Эталон ответа к задаче №14**

###### 1. Диагноз. Хроническая артериальная недостаточность. Облитерирующий эндартериит. Стадия III- декомпенсации кровообращения и трофических расстройств.

Диагноз установлен на основании следующих анамнестических данных: во- первых,возраст больного- 30 лет, пол больного (мужчина), во-вторых, факт курения в течение 20 лет, что является провоцирующим фактором заболевания, в – третьих, профессия больного, которая подразумевает возможное переохлаждение (стоп) нижних конечностей и психическое перенапряжение.

Жалобы больного на перемежающуюся хромоту, наличие язвы на I пальце стопы, мраморная окраска голеней и синюшно -багровая окраска стоп, сухие ломкие ногти, а главное, отсутствие пульса на артериях стопы и ослабление его на подколенных артериях, указывают на то, что больной страдает облитерирующим эндартериитом III стадии- стадии декомпенсации кровообращения и трофических расстройств.

###### 2. Дополнительные объективные методы исследования.

Фельдшер дополнительно выявляет для подтверждения диагноза симптомы плантарной ишемии:

1. *Симптом Оппеля- Бюргера:*

В положении лежа больной поднимает конечности вверх и удерживает 1-2 минуты. Стопа пораженной ноги становится бледной. После опускания ног в горизонтальное положение бледность сменяется гиперемией.

2. *Проба Самуэлса.*

В горизонтальном положении больной совершает сгибательные и разгибательные движения в голеностопных суставах. При нарушении кровообращения наступает бледность стопы и боль в икроножной мышце.

3.*Коленный феномен Д.И. Панченко.*

Сидя на стуле, больной укладывает пораженную конечность на здоровую. Через 1-2 минуты появляются боли в мышцах голени или стопы, онемение пальцев, парастезии.

4. *Проба Н.Н Бурденко.*

Больной становится босыми ногами на пол, затем по сигналу садится и поднимает ноги. На подошвенной поверхности больной ноги длительное время остаются бледные пятна.

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи

Больному в условиях ФАП производится перевязка гнойной раны (язвы) I пальца правой стопы с учетом фазы течения раневого процесса. Принимая во внимание условие задачи, — “ некротическая язва”, целесообразно применение препаратов химической некрэктомии: протеолитических ферментов (химопсина, трипсина). Фельдшер выписывает направление в стационар, куда больной направляется сам.

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

1. Осмотр конечностей, определение пульсации сосудов, проведение проб для выявления плантарной ишемии.

2. Осциллография. Осциллометрический индекс в норме на бедре равен 20-25мм, на голени-10-15мм. У больного с облитерирующим эндартериитом индекс резко снижен.

3.Проба Алексеева. Измеряется кожная температура нижних конечностей с помощью термопара (электротермометра). Измерение производится до и после физической нагрузки. При облитерируюшем эндартериите наблюдается снижение температуры на несколько десятых, а то и целых (на 1-20 С) после ходьбы.

4.Проба Минора на потоотделение. Кожа смазывается раствором Люголя, высушивается и припудривается крахмалом. Ноги помещают в суховоздушную ванну и согревают. Через 30 мин. оценивают результат пробы. Участки,где окрашивание менее интенсивно, имеют большую степень нарушения кровообращения.

5.Артериография производится путем введения контрастного вещества в артерию конечности. Такая артериограмма позволяет увидеть облитерацию сосуда или даже полную непроходимость артериального ствола.

6.Общие методы обследования: рентгенография легких, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, кровь на сахар, ЭКГ, коагулограмма.

###### Лечебная программа:

При I и II стадии ишемического синдрома показано консервативное лечение, включающее:

1. Сосудорасширяющие, спазмолитические средства (пармидин, продектин, ангинин).

2. Витамины (В1, В2, В6, С).

3. Паранефральные новокаиновые блокады по А.В. Вишневскому- одна блокада в 5 дней.

4. Обезболивающие препараты (анальгин, вплоть до наркотических анальгетиков). Хороший эффект достигается внутриартериальным введением 10 мл 1% раствора новокаина и 1 мл морфина.

5. Повязка с мазью А.В. Вишневского на нижнюю конечность.

6. Постельный режим.

7. Гипербарическая оксигенация.

8. Физиотерапевтическое лечение: диатермия, УВЧ, Д – Арсонваль.

9. Антикоагулянты (гепарин, синкумар, фенилин).

10. Препараты химической десимпатизации (пахикарпин, карбохолин, родергам, тетамон).

11. Санаторно курортное лечение: Сочи, Мацеста, Пятигорск.

###### Хирургическое лечение показано в III и IV стадиях ишемического синдрома.

1. Поясничная грудная симпатэктомия.

2. Ампутация конечности производится при гангрене.

Данному больному показана консервативная терапия в полном объеме и некрэктомия язвы I пальца, при неэффективности данного лечения- поясничная симпатэктомия.

**Задача №15**

Больной В., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменение в моче. Ухудшение состояние связывает с переохлаждением. *Объективно:* температура 37,2°С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АВ 180/100мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №15**

1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, биохимическое исследование крови, анализ мочи по Зимницкому. Радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения*:

Режим постельный.

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

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

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен.

Антикоагулянты прямого и непрямого действия: гепарин, фенилин.

Антиагреганты: курантил.

Диуретики.

Гипотензивные препараты.

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

*Профилактика*:первичная:

* закаливание.
* санация очагов хронической инфекции;
* использование вакцин и сывороток строго по показаниям;
* эффективное лечение острого гломерулонефрита;

вторичная;

* диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гломерулонефритом;
* рациональное трудоустройство;
* соблюдение режима труда и отдыха;
* дневной отдых в постели в течение 1-2 часов;
* своевременное лечение простудных заболеваний с назначением постельного режима;
* контрольное исследование мочи после перенесенных простудных заболеваний;
* занятия лечебной физкультурой.

**Задача №16**

В присутствии фельдшера ФАП мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение. *Объективно:* в области

передне-внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5см · 0,5см с ровными краями, из раны, пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

***Задания.***

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи пострадавшему и аргументируйте каждый этап.

**Эталон ответа к задаче №16**

###### 1. Предположительный диагноз:

Резаная рана нижней трети левого плеча, осложненная артериальным кровотечением. Рана резаная, так как края ровные. Струя крови алого цвета, пульсирует – значит повреждена артерия.

###### 2. Алгоритм действий по оказанию неотложной помощи:

а) остановка кровотечения;

б) введение анальгетиков (например, раствора анальгина);

в) туалет раны;

г) наложение стерильной повязки на рану;

Все выше указанные манипуляции выполняются в перчатках;

д) иммобилизация конечности шиной или косыночной повязкой;

е) экстренная транспортировка пострадавшего в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.

Оказание неотложной помощи следует начать с остановки кровотечения, так как значительная кровопотеря опасна развитием геморрагического шока. В данном случае следует сначала прижать артериальный сосуд (плечевую артерию) к плечевой кости, а затем наложить жгут (если жгут под рукой, то сразу накладывается жгут).

Затем края раны обрабатываются антисептическим раствором, на рану накладывается стерильный перевязочный материал при строгом соблюдении асептики для профилактики вторичного инфицирования.

Иммобилизация конечности и введение анальгетика обязательны, так как ведут к уменьшению боли. Иммобилизация исключит и дополнительную травматизацию тканей.

На голое тело жгут не накладывается – прокладка обязательна. Жгут накладывается проксимальнее раны и максимально близко к ней. Данному больному, конечно, целесообразно бы наложить жгут на среднюю треть плеча, но этого делать нельзя, так как будет травмирован лучевой нерв, лежащий в этом месте непосредственно на кости. Жгут в этой ситуации следует наложить на верхнюю треть плеча. Решающий тур первый, важно не ослабить его при наложении последующих. Концы жгута должны быть надежно закреплены. В сопроводительной записке следует указать время наложения жгута, так как сроки ограничены в виду опасности развития некроза. О необходимости иммобилизации конечности сказано выше.

Если возникает необходимость продлить срок наложения жгута, то следует применить пальцевое прижатие, жгут ослабить на несколько минут (10-15) и наложить вновь на соседний участок. Эту манипуляцию при необходимости повторяют через каждые 30 минут.

**Задача №17**

Больной К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудение. Больна около 2-ух месяцев. *Объективно:* температура 36,6ºС. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно – жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №17**

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

* сухость и шелушение кожи;
* недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии

*Принципы лечения:*

Режим палатный

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

4-х раз в день)

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

Использование специальных аппаратов ‑ “искусственная поджелудочная железа” и “искусственная в-клетка”

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

*Профилактика:*

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

**Задача №18**

К фельдшеру обратилась женщина, страдавшая варикозным расширением вен нижних конечностей, во время уборки сахарной свеклы повредила тяпкой ногу. Жалобы на сильную боль в ране, кровотечение. *Объективно:* состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, АД 115/70мм рт. ст. На внутренней поверхности правой голени в средней трети рубленая рана с неровными осадненными краями 4,5см · 3см, загрязнена землей, кровотечение непрерывной струей темного цвета.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №18**

###### 1 Диагноз: Рубленая рана средней трети внутренней поверхности правой голени, венозное кровотечение.

Диагноз поставлен на основании:

а) данных анамнеза и жалоб: удар тяжелым режущим предметом, боль;

б) данных объективного исследования: наличия раны с истечением крови темного цвета.

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

а) произвести временную остановку кровотечения путем наложения давящей повязки с предварительным проведением туалета раны с целью профилактики инфекции;

б) ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина для купирования боли;

в) произвести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности с помощью шин Крамера;

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пострадавшей в травмпункт или хирургическое отделение ЦРБ для проведения ПХО раны и профилактики столбняка;

д) транспортировать в положении лежа на носилках, на спине с приподнятой поврежденной конечностью.

**Задача №19**

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течении 2-ух лет. *Объективно:* температура 35,4ºС. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно – жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70мм рт. ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №19**

1. Гипотиреоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

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

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

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

Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

*Профилактика:*

* рациональное питание;
* закаливание;
* предупреждение переохлаждений;
* своевременное лечение воспалительных заболевания.

**Задача №20**

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен быть лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости. Головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул – такого состояния раньше не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить. *При осмотре:* некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60мм рт. ст. (обычное давление больного 140/80мм рт. ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести.
3. Расскажите об объеме доврачебной неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара.

**Эталон ответа к задаче №** 20

1. Гипотиреоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

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

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный.

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

Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

*Профилактика:*

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

**Задача №21**

К фельдшеру обратился больной С., 46 лет, с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного удален желудок по поводу новообразования. *Объективно:* температура 36,6ºС. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно – малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД

26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №21**

1. Оперированный желудок. В12 ‑ дефицитная анемия

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

* при осмотре: бледно-желтушная кожа, язык малиновый, с атрофированными сосочками;
* при пальпации: увеличение печени;
* при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия, артериальная гипотензия.

2. Общий анализ крови: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, увеличение цветового показателя, тельца Жолли и кольца Кебота, увеличение СОЭ, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография органов грудной клетки.

3. Анемическая кома

4. Пациент нуждается в стационарном лечении

*Принципы лечения:*

Режим постельный

Диета с достаточным содержанием белков, витаминов

Витамин В12 в/м

Прогноз для жизни благоприятный при проведении профилактических мероприятий.

*Профилактика:*

первичная:

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

вторичная:

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

**Задача №22**

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинув кастрюлю с кипятком на ноги, Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80мм рт. ст., пульс 90 уд. в мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. *При осмотре:* в области передних поверхностей обеих голеней обширные пузыри с прозрачным содержимым. Такие же пузыри на тыльной стороне стоп, между пузырями небольшие участки гиперемированной кожи.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о методах определения площади ожоговой поверхности и причинах развития ожоговой болезни.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте лечебную программу в условиях хирургического стационара.

**Эталон ответа к задаче №22**

###### 1.Диагноз. Термический ожог 2 ой степени обеих голеней и стоп.

Диагноз поставлен на основании анамнеза (опрокинута кастрюля с кипятком) и осмотра: в области передней поверхности обеих голеней и тыльных поверхностей обеих стоп обширные пузыри (практически вся указанная поверхность покрыта тотальным пузырем), содержимое пузырей празрачное. Показатели пульса и давления у больного неплохие, то есть в момент осмотра нет пока данных, говорящих о развитии шока, однако, нельзя забывать, что эректильная фаза при термической травме длительная.

###### 2. Площадь ожога может быть определена методом “ девяток”.

Голень и стопа составляют 9% поверхности тела, передняя поверхность одной голени и тыла одной стопы = 4,5%, а у нашего больного поражены передние поверхности обеих голеней и тыл обеих стоп, значит, площадь поражения составляет 9%. Можно использовать и метод ладони, площадь ладони составляет 1-1,2 % (следует иметь в виду ладонь больного). Есть таблица Постникова, в который указаны отделы тела, площадь их в процентах и квадратных сантиметрах. Можно применить и другие методы.

Для развития ожоговой болезни имеют значение площадь поражения, глубина (степень), возраст, сопутствующие заболевания. Ожоговая болезнь начинается с ожогового шока, его развитию способствуют болевой фактор и плазмопотеря (ведущий механизм плазмопотери – увеличение проницаемости капилляров). Период токсемии объясняется всасыванием с поверхности ожога продуктов распада тканей, нарушением обменных процессов.

Присоединение инфекции ведет к развитию септикотоксемии. Если организм и лечебные мероприятия справляются с развившимися в организме нарушениями, то наступает период реконвалесценции.

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Охлаждение обожженной поверхности.

2. Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминнных препаратов, сердечных по показаниям.

3. Наложение асептической повязки.

4. Транспортировка на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.

5. Внутривенное введение жидкости во время транспортировки в больницу. Можно применить аутоанальгезию.

Больного с ожогами нельзя охлаждать.

Местно в участках, пораженных термическим фактором, иногда рекомендуют охлаждение (например, полить холодной водой). Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных гликозидов- это и профилактика и борьба с шоком. Асептическая повязка защищает от инфицирования. Транспортировка на носилках, так как движения причинят боль, а болевой фактор- одна из причин возможного развития шока. По пути следования в больницу целесообразно прибегнуть при больших поражениях к аутоанальгезии (например, применить закись азота с кислородом) и внутривенному введению кровезаменителей.

###### 4. Лечебная программа

В условиях больницы будет произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) ожоговой поверхности, если больной поступает в состоянии шока, то сначала проводятся противошоковые мероприятия, а к ПХО раневой поверхности приступают после нормализации показателей гемодинамики и дыхания. В тех случаях, когда у пострадавшего нет признаков шока, к ПХО приступают сразу.

ПХО при обширных ожогах производится под анестезией, предпочтительно внутривенной (калипсол, сомбревин).

Окружность ожога обрабатывают этиловым спиртом, поверхность ожога орошают раствором фурацилина, антибиотиков. Отслоенный эпидермис удаляют и выбирают один из методов местного лечения- открытый или закрытый (под повязкой). При глубоких обширных ожогах в процессе лечения прибегают к кожной пластике. Общее лечение проводится по показаниям (антибиотики, сердечные средства, витамины, инфузионная терапия, предпочтительно препаратами, содержащими белок и т.д). Обязателен контроль диуреза. Повторные лабораторные анализы крови и мочи. Профилактика столбняка обязательна.

Если нет документов о ранее проведенной иммунизации, то вводят 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки дробно и 1 мл столбнячного анатоксина, затем через 3 недели вводят 1,5 мл анатоксина и через 3 недели вновь 1,5 мл столбнячного анатоксина.

Если пациент был иммунизирован (есть подтверждающие документы), то поступают согласно инструкции.

**Задача №23**

Фельдшер вызван на дом к больной С., 25 лет, которая жалуется на боль в горле, костях резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40 градусов, носовое кровотечение. Заболела неделю назад. *Объективно:* температура 39,5ºС. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Изо рта – гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Имеется гнойное наложение. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в мин. АД – 100/70мм рт. ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3см ниже реберной дуги. Селезенка пальпируется у края реберной дуги.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №23**

1. Острый лейкоз.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные :

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

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

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

4. Пациентка нуждается в обязательной госпитализации и проведении стационарного лечения

*Принципы лечения:*

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

Диета полноценная, высококалорийная

Препараты цитостатического действия

Глюкокортикостероиды

Антибиотики с целью лечения бактериальных осложнений

Переливание компонентов крови

**Задача №24**

Вызов фельдшера скорой помощи на строительную площадку. Рабочему 28 лет, на правую голень упала металлическая балка. Пострадавший стонет от боли. Бледен, покрыт холодным потом. На передней поверхности верхней трети правой голени имеется рана размером 10 · 3см, из которой пульсируя струей вытекает кровь, выступают отломки большеберцовой кости. Отмечается выраженная деформация и укорочение голени.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №24**

###### . Диагноз: Открытый перелом диафиза большеберцовой кости справа, осложненный артериальным кровотечением.

Ставится на основании визуализации в ране костных отломков, выделения крови алого цвета пульсирующей струей.

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

а) остановить кровотечение (т.к. всякое, а тем более артериальное кровотечение – прямая угроза жизни пациента) путем прижатия кулаком или первыми пальцами обеих рук бедренной артерии к горизонтальной ветви лонной кости, либо сразу наложить кровоостанавливающий жгут на среднюю треть бедра, т.к. имеет место перелом большеберцовой кости. Под жгут подкладывают тканевую прокладку и записку с указанием времени наложения жгута.

Категорически запрещено поверх жгута накладывать повязку. Жгут должен бросаться в глаза!

б) оценить состояние пострадавшего и состояние гемодинамики для диагностики симптомов травматического шока;

в) купировать болевой синдром (для профилактики развития болевого шока), применив любой из препаратов (баралгин, максиган, спазган, трамал, морадол), по возможности наркоз закисью азота при помощи аппарата АН-8;

г) осуществить туалет раны, наложение асептической повязки (для профилактики хирургической инфекции);

д) обеспечить транспортную иммобилизацию правой нижней конечности с помощью трех шин Крамера (для уменьшения боли, обеспечения покоя поврежденной конечности, предупреждения смещения костных отломков и дополнительной травматизации);

е) транспортировать пациента на носилках в машину скорой помощи, с последующей госпитализацией в неотложное травматологическое отделение;

ж) применить местно холод для уменьшения боли и отека.

В машине скорой помощи в ходе транспортировки при наличии симптомов травматического шока проводят:

1. воспаление ОЦК – противошоковыми кровезаменителями;
2. стабилизацию АД – глюкокортикоидными гормонами, дофаминэргическими препаратами.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

**Задача №25**

Больной Д., 50 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность,

тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес. *Объективно:* температура 37,2ºС. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №25**

1. Ревматоидный артрит.

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные : субфебрильная температура;

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

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

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

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета разнообразная, высококалорийная

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

Кризанол, пеницилламин

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

Местное применение димексида

Физиотерапия

Лечебная физкультура

Массаж

Санаторно-курортное лечение

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

*Профилактика:*

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

**Задача №26**

В условиях гололеда женщина 72 лет поскользнулась и упала на вытянутую правую руку, опершись кистью на лед. Одновременно почувствовала сильную боль в области нижней трети правого предплечья на стороне I пальца, ближе к лучезапястному суставу. Подвесив руку на косынке, больная обратилась к фельдшеру сельского здравпункта, где ее принял фельдшер с большим опытом самостоятельной работы. *Объективно:* состояние больной удовлетворительное, жалуется на локальную боль в нижней трети правого предплечья, где имеется «штыкообразная» деформация в проекции лучевой кости. Легкое поколачивание по I пальцу и пальпация нижней трети предплечья усиливают, боль и на месте деформации имеется вероятность патологической подвижности. За время осмотра у больной появился отек тыла кисти, кисть отклонена в сторону большого пальца.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах, необходимых для уточнения диагноза и методике их определения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую лечебную программу в ЛПУ.

**Эталон ответа к задаче №26**

###### 1. Диагноз: закрытый перелом правой лучевой кости в “типичном месте” (не исключается смещение отломков — “штыкообразная” деформация предплечья).

Основным механизмом возникновения данного перелома является падение на вытянутую руку с разогнутой кистью. Данные объективного исследования: отек тыла кисти и в области лучезапястного сустава, “штыкообразная” деформация, отклонение кисти в сторону большого пальца, локальная боль, резкое ограничение и болезненность движений в суставе, вероятность патологической подвижности (по мнению фельдшера) являются достаточными проявлениями предполагаемого диагноза.

###### 2. Дополнительными признаками могут быть:

Кровоизлияния на тыльной поверхности кисти, крепитация отломков при пальпации, определение чего нежелательно из-за вероятности увеличения смещения отломков и усиления болей, как и попытка выявить патологическую подвижность в месте перелома.

Перелом предплечья подобного характера и локализации требует квалифицированной помощи врача-травматолога травматологического пункта, куда следует направить больную.

###### 3. Алгоритм неотложной медицинской помощи:

а) введение анальгетика (50% раствора анальгина 2 мл в/м);

б) местное обезболивание раствором новокаина 1-2% раствора 20-10 мл;

в) при необходимости, учитывая возраст пострадавшей, сердечно-сосудистые препараты (раствор кордиамина 2 мл, корвалол, валокардин);

г) транспортная иммобилизация конечности;

д) транспортировка в положении сидя в травматологический пункт, участковую больницу или ЦРБ   
(в зависимости от местных условий).

###### 4. План диагностических исследований

В травматологическом пункте следует произвести Ro-графию предплечья в 2-х проекциях, при необходимости репозицию отломков под местным обезболиванием и наложение гипсовой повязки, подвесить руку на косынке. В среднем иммобилизация показана в течение 4-х недель под периодическим наблюдением врача – травматолога.

**Задача №27**

Больной И., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки. Больному легче лежать на правом боку. *Объективно:* температура 37,8ºС. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отстаивание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленной, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №27**

1. Сухой плеврит.

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

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

2) объективные данные:

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

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

3. Экссудативный плеврит.

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

*Принципы лечения*:

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

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

Прогноз благоприятный при эффективном лечении основного заболевания.

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

**Задача №28**

После нервного перенаприже6ния у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку ив нижнюю челюсть. На дом был вызван врач фельдшер «Скорой помощи». *Объективно:* кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшие. Резко снижены температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60мм рт. ст. Олигурия.

***Задания.***

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

**Эталон ответа к задаче №28**

1. Острый инфаркт миокарда осложнился кардиогенным шоком.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

* оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
* уложить пациента горизонтально, приподнять (под углом 15-200) нижние конечности для увеличения притока крови к головному мозгу. Показан строгий постельный режим;
* обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
* ввести 10000 ЕД гепарина в/в струйно, а затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч. Гепарин помимо антикоагулянтного оказывает обезболивающее, противовоспалительное и ангиогенное действия;
* ввести для купирования болевого синдрома следующие препараты:

промедол 2% раствор 1 мл ввести в/в медленно, в 2 этапа. Действие начинается через 3-5 мин. и продолжается около двух часов. Промедол обладает относительно слабым обезболивающим эффектом;

анальгин 50% раствор 2-5 мл ввести в/в. Болеутоляющая активность анальгина выражена недостаточно, но он потенцирует действие наркотических анальгетиков (особенно на фоне артериальной гипотензии);

кеталар (кетамин) 50 мг ввести в/в капельно в сочетании с 10 мг диазепама в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида (начинать вводить со скоростью 50-60 кап./мин. и снижать по мере наступления эффекта);

закись азота целесообразно применять только в качестве дополнения к нейролептанальгезии. Обезболивание закисью азота должно начинаться с ингаляции чистого кислорода в течение 5 мин., после чего подается закись азота с кислородом в соотношении 3:1, а затем 1:1, в заключение необходима ингаляция чистым кислородом в течение 5 мин.;

* ввести реополиглюкин в/в капельно, суточная доза 20 мл/кг. Препарат способствует переходу интерстициальной жидкости в сосудистое русло, снижает вязкость крови, агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, значительно улучшает микроциркуляцию;
* ввести для повышения АД один из предложенных препаратов:

дофамин 200 мг (5 мл). Препарат развести в 400 мл 5% раствора глюкозы и ввести в/в капельно, начиная со скорости 2-4 мкг/(кг⋅мин.);

норадреналин 0,2% раствор в 500 мл 5% раствора глюкозы вводить в/в капельно со скоростью 4 мкг/мин. Норадреналин быстро теряет активность, поэтому для его стабилизации в раствор добавляют 0,5 г/л аскорбиновой кислоты. Норадреналин не увеличивает ЧСС. (Для лечения кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда адреналин менее пригоден, так как повышает потребность миокарда в кислороде);

* ввести 60-90 мг преднизолона в/в струйно или капельно. Гормоны способствуют стабилизации лизосомальных мембран, облегчают отдачу кислорода тканям, расширяют периферические артерии и повышают тонус периферических вен;
* контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
* госпитализировать в ПИТ кардиологического отделения после стабилизации состояния.

3. Студент рассказывает технику снятия ЭКГ.

**Задача №29**

Ночью бригада «Скорой помощи» вызван на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда. *Объективно:* кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фантоме ослабленного везикулярного дыхания выслушивается влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд/мин. АД 160/90мм рт. ст.

***Задание.***

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

**Эталон ответа к задаче №29**

1. Сердечная астма у больного с постинфарктным кардиосклерозом.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

* оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
* снять ЭКГ для исключения повторного инфаркта миокарда;
* усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу);
* обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
* наложить на конечности венозные жгуты на 10-15 мин. и дать 1 таблетку нитроглицерина под язык ( это позволит уменьшить приток крови к сердцу);
* обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии (пропустить кислород через аппарат Боброва, где находится 700 спирт);
* дать внутрь 20-40 мг фуросемида или ввести в/м 1-2 мл лазикса (в первые 30мин после инъекции препарата расширяются периферические сосуды, а через 1-2 часа увеличивается диурез, тем самым уменьшаются застойные явления в малом круге кровообращения);
* ввести морфин 1% раствор 1 мл в/в медленно в 2-3 этапа при угрозе развития отека легких. Сначала в течение двух минут осуществляется вливание 0,5мл препарата, затем при необходимости и отсутствии нарушений дыхания или других побочных эффектов медленно вводят оставшиеся 0,5 мл морфина (морфин в результате угнетения дыхательного центра уменьшает одышку, устраняет тревогу и страх. Возможно усиление активности рвотного центра);
* контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
* госпитализировать пациента в ПИТ кардиологического отделения ЛПУ.

**Задача №30**

В здравпункт, где дежурит фельдшер, обратилась работница красильного цеха фабрики. Спустя несколько дней после инъекции раствора сульфата магния больную стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Больная прощупала уплотнение резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38ºС– 38,5ºС, знобит. Общее состояние больной относительно удовлетворительное АД – 180/90мм рт. ст., пульс ритмичен, напряжен, температура тела – 38,3ºСв верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8 · 8см, пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре его – отчетливая флюктуация.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о причинах и профилактике данного заболевания.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе.

**Эталон ответа к задаче №30**

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

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

###### 2. Причины и профилактика заболевания

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

###### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

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

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

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

###### 4. Диагностическая и лечебная программы

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

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

Премедикация – введение раствора промедола и раствора атропина.

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

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

Общее лечение по показаниям.

Антибиотики назначаются с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

**Ситуационные задачи.**

**МДК02. 04. «Лечение пациентов детского возраста».**

**Задача №1.**

**I.** Мальчик 8-ми месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2-х родов (масса – 3700г, длина 50см). Период новорожденных без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневны. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально – бытовые условия удовлетворительные. *Объективно:* общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая, мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет "квадратную форму", с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5 x 3,0 см, края податливые, затылок упрощен, с облысением. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие «четки», на руках выраженные «браслетики». Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание нарушено. Анализ крови: Нb – 102г/л, Er – 3,98 · 1012 /л, Л – 4 · 109 /л, СОЭ 5мм/час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0,034 г/л, кальций 0,09г/л.

***Задание.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа к задаче №1.**

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

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

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

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

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

В условиях стационара для подтверждения диагноза необходимо провести рентгенографию дистальных отделов костей предплечья и определить уровень фермента щелочной фосфтазы в сыворотке крови, играющей важную роль в процессах обызвествления костей. В первую очередь необходимо назначить правильное питание с ежедневным включением в рацион овощного пюре, коровьего молока, кефира, тертого яблока, желтка, творога, нежирных мясных бульонов, фрикаделек, печени. В течение 30-45 дней ребенок должен получать специфическое лечение рахита витамином Д в виде кальциферола 1600 МЕ в сутки. Учитывая наличие у ребенка анемии, следует назначить препараты железа (сироп алоэ с железом), аскорбиновую кислоту, витамин В1. Необходимы массаж, ежедневная лечебная гимнастика, хвойные ванны, прогулки на свежем воздухе.

**Задача №2.**

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко. *При осмотре:* состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2см из подреберья. Из анемнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 месяца, часто болел ОРВИ.

***Задания.***

1. Сформируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.

**Эталон ответа к задаче №2**

У ребенка . можно предположить железодефицитную анемию. Основными симптомами заболевания являются: бледность кожи, утомляемость, раздражительность, потеря аппетита, вялость. В сердце ребенка выслушивается систолический шум, печень увеличена. Причины: одностороннее молочное питание, частые заболевания, плохой уход и плохие бытовые условия.

Для уточнения диагноза надо провести общий анализ крови, где можно обнаружить уменьшение количества эритроцитов менее 3,5х10 12 л, гемоглобина ниже 100 г/л, цветной показатель ниже 0,8. В мазках эритроциты бледной окраски, уменьшаются в размерах, отмечаются умеренный лейкоцитоз, ретикулоцитоз.

У больных возможны дополнительные симптомы заболевания: заеды в углах рта, восковой цвет ушных раковин, сухость кожи, тусклые ломкие волосы, мышечная гипотония.

Лечение ребенка должно быть комплексным, со средней и тяжелой формой анемии заболевания детей госпитализируют, с легкой степенью лечат дома. Надо организовать правильный режим питания. Давать продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, печень, творог, желток, фрукты, овощи. Больше надо быть на свежем воздухе.

Ребенку первого года назначают сироп алоэ с железом, феррокаль по 0,3 гх3 раза в день после еды, ферамид, витамин С, витамины группы В. Надо установить правильный режим дня для ребенка. Ребенок должен гулять на свежем воздухе, ему необходимы массаж и гимнастика, ежедневные купания.

При закаливании дети реже болеют простудными заболеваниями и анемией.

Для приготовления овощного пюре берут сочетание 2-3 овощей, моют, режут и затем их отваривают 20 минут, потом остужают и протирают через сито, добавляют отвар овощей и раствор соли, сливочное масло, все смешивают.

**Задача №3**

Родители Саши М., 3-ех лет, обратился к нефрологу с жалобами на вялость, отеки лица и ног, снижение аппетита, боли в животе. Из анемнеза выявлено, что мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей. *Объективно:* состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 в диаметре, слегка болезненны, не спаяны с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. При пальпации живот мягкий, отмечается небольшая болезненность, печень и селезенка не увеличены. В общем, анализе мочи: белок 14г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения гиалиновые цилиндры. В общем, анализе крови: Э – 4,0 · 1012 /л, Нb – 100г/л, L – 4,7 · 109/л, СОЭ – 69мм/час. Биохимия крови: остаточный азот 35,7моль/л, мочевина 13,48ммоль/л, общий белок крови 46,8г/л.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и транспортировке по назначению.

4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа к задаче №3**

Острый гломерулонефрит. Заключение основано на данных анамнеза и жалоб: отеки в области лица и ног, вялость, снижение аппетита, боли в животе. Провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужила перенесенная 2 недели тому назад ангина. Данные объективного обследования: бледность кожных покровов, "синева" под глазами, отечность век, ног, умеренная болезненность при пальпации живота. Данные лабораторного исследования: в общем анализе мочи повышенное содержание белка до 14 г/л, появление эритроцитов до 20 в поле зрения, гиалиновых цилиндр, в анализе крови СОЭ-69 мм/час (резко ускорена), Нв-100 г/л (снижен), биохимическом анализе крови остаточный азот повышен до 35,7 ммоль/л, повышение мочевины до 13,48 ммоль/л, снижение общего белка до 46,8 г/л.

Дополнительные симптомы которые можно выявить: повышение А/Д, головная боль, олигоурия, дизурические проявления, повышение температуры тела.

Ребенка необходимо госпитализировать. Доврачебная помощь заключается в симптоматическом лечении и транспортировке больного в стационар в положении лежа.

Диагностическая и лечебная программа в стационаре:

*диагностическая программа*

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* анализ мочи по Зимницкому;
* суточная экскреция белка;
* биохимический анализ крови (определение общего белка и белковых фракций мочевины, креатинина, остаточного азота, СРБ);
* клиренс креатинина;
* коагулограмма;
* УЗИ почек;
* экскреторная урография;
* консультация ЛОР, генетика, уролога;

*лечебная программа*

* постельный режим 3-4 недели;
* из диеты исключить поваренную соль, раздражающие, экстрактивные, аллергизирующие продукты, потребление белка уменьшить, количество жидкости ограничить;
* базисная терапия: диуретики, гипотензивные средства, антибиотики, витамины группы В;
* в тяжелых случаях патогенетическая терапия: кортикостероиды, цитостатики.

После выписки из стационара ребенок должен наблюдаться у нефролога, с диспансерного учета снимать через 5 лет, если в течение последнего года отмечается ремиссия.

Проба 5.

**Задача №4**

Мать Саши П., 10 месяцев обратился с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых, здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длиной 50см. Оценка по Апгар 8-10 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-ех месяцев. При осмотре температура тела 38,2º С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче крике, появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель. Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5 · 0,5м, края плотные. Перкуторно: звук с легкими тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и средне влажных пузырчатых хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей. Общий анализ крови: Нb – 142г/л, Э – 4,32 · 1012/л, L – 11,2 · 109/л, Э – 2%, П – 2%, С – 64%, Л – 28%, М – 4%, СОЭ – 24мм/час. Анализ мочи без сомнений. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задненижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.

4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа к задаче №4.**

Острая . пневмония, мелкоочаговая двухсторонняя. Заключение основано на:

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

Дополнительные симптомы:

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

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

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

Лечебная программа в стационаре.

* постельный режим в остром периоде, часто переворачивать, брать на руки;
* питание рациональное, дополнительное введение жидкости;
* регулярное проветривание помещения, оксигенотерапия;
* антибиотикотерапия (пенициллин, 100 000 ЕД на 1 кг/сутки внутримышечно 4 раза в день, ампициллин из расчета 50-100 мг/кг в сутки);
* дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы, реополиглюкин);
* противокашлевая терапия (щелочные ингаляции, сироп бромгексина, 1% раствор йодистого калия по чайной ложки 3 раза в день);
* фитотерапия (мать-мачеха, термопсис, алтей, девясил);
* отвлекающая терапия после нормализации температуры (тепловые процедуры);
* витаминотерапия (витамины С, А, Е, В1, В2, В6);
* физиотерапия (УФО, СВЧ, УВЧ, электрофорез);
* лечебная гимнастика пассивная, массаж грудной клетки.

После выписки из стационара наблюдается в детской поликлинике, через год снимается с учета.

**Задача №5**

Вы фельдшер детского сада. В младшей группе у ребенка 3-х лет повысилась температура до 37,8º С, небольшой насморк; на коже лица, груди, спины, на конечностях появилась сыпь в виде мелких пузырьков с прозрачным содержанием, несколько пузырьков расположены на волосистой части головы. В зеве – умеренная гиперемия.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Где лечить больного? Срок изоляции.
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.
4. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в ДДУ.

**Эталон ответа к задаче №5**

Ветряная  оспа.

На основании небольшой интоксикации и появления везикулярной сыпи с типичной локализацией и незначительных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей.

Запретить посещение детского комбината, лечить на дому. Изоляция — 9 дней.

Туалет кожи, прижигание элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Симпоматическое лечение: жаропонижающие и гипосенсибилизирующие средства, витамины. Обильное питье.

Подать  экстренное извещение в ЦГСЭН. Наблюдать за контактными на весь период карантина (21 день). Осматривать кожу, слизистые, измерять температуру. Не принимать в детский комбинат не болевших и не переводить детей в другие детские коллективы. Мед.отвод от всех проф.прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку в помещении и проветривать. Сан.просвет.работа с персоналом ДДУ и родителями.

**Задача №6**

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 5 лет. Заболел остро, уже 2-й день температура 38,0ºС-38,7ºС, понижен аппетит, вялость, бледность. *При осмотре:* состояние средней тяжести, кожа бледная, в зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек, миндалины отечны, на левой миндалине и на передней дужке плотные налеты сероватого цвета с четкими краями. Увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы слева. Ребенок посещает детский сад.

***Задания.***

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Ваша тактика по отношению к больному?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в ДДУ.

**Эталон ответа к задаче №6**

Дифтерия зева.

На основании клиники – наличие интоксикации, типичных фибринозных налетов на миндалинах и передней дужке, кровоточивость при попытке его удалить, отечность миндалин и увеличения тонзиллярных лимфоузлов.

Госпитализировать в инфекционный стационар, в направлении указать все профилактические прививки, проведенные ребенку.

Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Карантин на 7 дней, наблюдать за контактными (температура, осмотр зева), не принимать и не переводить в другие группы контактных, не болевших и не привитых. Мед.отвод от других проф.прививок. У всех контактных взять мазок из зева и носа на дифтерию. Не привитых срочно привить АДС-М анатоксином, а у привитых взять кровь для серологического исследования на напряженность антитоксического иммунитета. Проводить заключительную дезинфекцию в ДДУ. Сан.просвет.работа с персоналом ДДУ и родителями.

**Задача №7**

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 3-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, температура тела 38,0Сº – 38,3ºС.Эпид. анамнез: ребенок начал прививаться с 2-х летнего возраста, проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита. Контакт с инфекционными больными отрицается.*При осмотре:* состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Где следует лечить такого больного?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.

**Эталон ответа к задаче №7**

Корь, катаральный период. .

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

Следует направить ребенка в инфекционный стационар, т.к. только легкие формы заболевания лечатся на дому.

Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Карантин на ДДУ накладывается на 21 день, весь период карантина наблюдать за детьми – контроль за температурой тела, осмотр кожи, слизистых. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Не принимать не болевших корью и не привитых, не переводить контактных в другие детские коллективы. Мед.отвод от прививок против других инфекций на все время карантина. Не привитым и не болевшим корью ввести коревой гамма-глобулин в первые три дня контакта. Сан.просвет.работа с персоналом ДДУ и родителями.

**Задача №8**

Ребенок 3-х лет, живет с родителями в общежитии, посещает детский сад. Заболел остро: t – 38,5ºС, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок тужится, беспокоен. *При осмотре:* ребенок бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма сокращена, болезненна, анус податлив.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план диагностических исследований в стационаре.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о методах лечения.

**Эталон ответа к задаче №8**

Дизентерия. Диагноз основан на данных анамнеза и жалоб, типичных для этого заболевания: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок тужится, беспокоен; а также данных объективного осмотра: мальчик бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма сокращена, болезненна, анус податлив.

Дополнительно могут быть симптомы интоксикации (головные боли, слабость, снижение или отсутствие аппетита). Развиваются симптомы дистального колита: спазм и болезненность нижнего отдела толстой кишки, мучительные тянущие боли, ложные позывы (тенезмы).

Ребенок с любой кишечной инфекцией должен быть госпитализирован в детскую инфекционную больницу.

Диагностическая программа в стационаре:

* лабораторно-инструментальные методы исследования;
* бакпосев на кишечную группу;
* копрограмма;
* реакция непрямой гемагглютинации. Бак.посев на дизентерийную группу.

При дизентерии возможны осложнения, особенно у детей раннего возраста: пневмонии, гингивиты, стоматиты, отиты, анемия, дизбактериоз. При тяжелой дизентерии иногда наблюдается выпадение прямой кишки.

Лечение  проводить с учетом возраста больного, тяжести инфекционного процесса и периода болезни. В первые сутки объем питания уменьшать на 25%, назначать кисломолочные смеси, жидкие каши, слизистые супы, творог.

Этиотропная терапия: антибиотики, химиопрепараты и специфический дизентерийный бактериофаг. Назначают фуразолидон, полимиксин. В тяжелых случаях назначать гентамицин. Курс лечения этиотропными препаратами составляет 5-7 дней. Наряду с этиотропным лечением в остром периоде целесобразно назначать витамин С, группы В, А, Е, неспецифические стимуляторы иммунитета: метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия.

Для снятия интоксикации внутривенно капельно вводить солевые и коллоидные растворы; 10% раствор альбумина, концентрированную плазму, реополиглюкин, 10% раствор глюкозы. Инфузионную терапию назначать из расчета 130-150 мл/кг массы тела в сутки. При гипертермии назначать средства: 50% раствор анальгина внутримышечно, парацетамол, аспирин.

Профилактика. Большую роль в борьбе с дизентерией играют: санитарное просвещение населения, повсеместное выполнение санитарно-гигиенических требований, строгий санитарный надзор за пищевыми предприятиями и водоснабжением. Обязательна госпитализация больных с дизентерией, работающих в сфере питания.

У постели больного проводится текущая дезинфекция, после госпитализации заключительная. Одновременно назначают бактериологическое обследование контактных лиц в очаге. За ребенком, общавщимся с больным, ведут наблюдение в течение 7 дней. При появлении случаев заболевания в детском коллективе производят однократное бактериологическое обследование детей и персонала.

**Задача №9**

Вы – фельдшер ФАПа, на вызове у ребенка 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. *При осмотре:* температура 38,00С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?

3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.

**Эталон ответа к задаче №9**

Эпидемический . паротит.

На основании эпид. анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.

Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.

Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 21 день на ДДУ с момента изоляции вновь заболевшего. Наблюдение за контактными (осмотр, измерение температуры), не принимать в группу не болевших и не привитых, не переводить контактных в другие коллективы. Мед.отвод от профилактических прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Сан.просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.

**Задача №10**

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

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа к задаче №10**

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

Дополнительные симптомы:

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

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

Диагностическая программа в стационаре:

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

Лечебная программа:

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

Больной выписывается в дошкольное учреждение не ранее 30 дня заболевания, в очаге накладывается карантин на 14 дней. Ведется наблюдение за контактными, не привитым детям проводится срочная специфическая профилактика.

**Задача №11.**

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 6 лет, посещающего детский комбинат. Заболел ночью, повысилась температура до 39,0ºС, появилась головная боль, боль в горле при глотании, утром на всем теле обнаружили красную сыпь. *При осмотре:* состояние средней тяжести, температура до 38,8ºС, на коже всего тела на гиперемированном фоне красная мелкоточечная сыпь со сгущениями в складках кожи и на щеках, носогубный треугольник бледный. В зеве, на фоне яркой гиперемии, на левой миндалине гнойный налет в лагунах. Язык обложен серым налетом, пульс 120 ударов в 1 мин.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.

2. Где следует лечить такого больного?Принципы лечения.

3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в ДДУ.

**Эталон ответа к задаче №11.**

Скарлатина.

Дифференцировать следует с корью, краснухой. В пользу скарлатины говорит отсутствие катаральных явлений со стороны дыхательных путей и глаз, характерная триада симптомов: интоксикация, лакунарная ангина и мелкоточечная сыпь на теле с типичными для этого заболевания местами сгущения сыпи и отсутствием сыпи в области носогубного треугольника.

Лечить в инфекционном стационаре, легкие формы – дома.

Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 7 дней, во время карантина наблюдать за контактными (измерение температуры тела, осмотр кожи и зева), не принимать в группу не болевших, не переводить контактных в другие детские учреждения, проводить влажную уборку, кварцевание и проветривание в помещении. Сан.просвет.работа с персоналом ДДУ и родителями.

**Задача №12**

Фельдшера ночью вызвали к ребенку 10 месяцев. Со слов мамы заболел остро. Повысилась температура 39,4ºС, стал вялым, «тяжело задышал». *При осмотре:* состояние тяжелое, температура 40,0º С, адинамичен, вял, постанывает при дыхании. Кожа бледная, сухая и холодна на ощупь, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 60 в 1 мин., пульс 130уд./мин., отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании. При аускультации легких – дыхание жесткое, справа выслушивается мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 3,0см из -под реберной дуги. Стула и мочеиспускания при осмотре не было.

***Задания.***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №12**

Острая  очаговая пневмония (ДН III ).

Алгоритм неотложной помощи:

обеспечить а) доступ свежего воздуха в помещение;

дать б) увлажненный кислород;

придать в) положение с приподнятым концом;

ввести г) литическую смесь внутримышечно:

* раствор папаверина 2 % 0,2 мл (0,2 мл/год жизни),
* раствор анальгина 50 % 0,1 мл (0,1 мл/год жизни),
* раствор димедрола 1 % 0,1 мл (0,1 мл/год жизни);

госпитализировать в детское отделение в сопровождении медицинского работника с обеспечением подачи кислорода.

**Задача №13**

Фельдшера ФАП вызвали к заболевавшему ребенку 8 месяцев. Болен 2-ой день. Беспокоит сухой кашель, обильные выделения из носа слизистого характера. Температура вчера днем 37,8ºС, вечером – 38,8ºС. *При осмотре:* температура 39,2ºС. Вялый, капризный. Кожа сухая, розовая, горячая на ощупь, на щеках – яркий румянец. Частота дыхания – 40 в мин., пульс – 150уд./мин. По органам: яркая гиперемия в зеве, жесткое дыхание, тоны сердца приглушены.

***Задания.***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №13**

Острое респираторное заболевание. Тяжесть состояния обусловлена синдромом лихорадки «розового» типа.

Алгоритм действий:

* применить методы физического охлаждения:
* легкая одежда,
* холодный компресс на лоб, область крупных сосудов,
* водочно-уксусное обтирание,
* дать внутрь парацетамол 10-15 мг/кг или ввести литическую смесь, в состав которой входят 50 % раствор анальгина 0,1 мл/год и 1 % раствор димедрола 0,1 мл/год,
* обильное питье;
* учитывая возраст ребенка госпитализация в детское отделение.

**Задача №14**

На ФАП обратилась мать с 4-х летним ребенком. Со слов мамы, мальчик играл один в комнате, пока она стирала, взял «бабушкины таблетки» и сколько-то съел. Так как они живут напротив ФАПа мама сразу же пришла на прием. С ее слов прошло не более 20 минут с момента, как ребенок съел таблетки, количество их не знает. «Бабушкиными таблетками» оказались таблетки диазолина.

*Объективно*: состояние средней тяжести, отмечается возбуждение, двигательное беспокойство, была однократная рвота, пульс 110 уд/мин., чд 24/мин., по органам и системам без особенностей.

***Задания.***

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

**Эталон ответа к задаче №14.**

1. Острое отравление лекарственным препаратом диазолином.

2. Алгоритм неотложной помощи:

а) промыть желудок до получения чистых вод;

б) ввести активированный уголь;

в) ввести 0,5 % раствор реланиума 0,05 – 0,1 мл/кг;

г) госпитализировать в детское специализированное отделение в сопровождении мед. работника для проведения детоксикационной терапии.

**Задача №15**

Вы – фельдшер ФАПа, на вызове у ребенка 4 лет. Болен первый день. Повысилась температура до 38º С, беспокоят боли в животе, во время и перед актом дефекации. Стул жидкий, зелено-коричневого цвета, с примесью слизи, частый до 8 раз за сутки. Во время акта дефекации тужится, были ложные позывы. *При осмотре*: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, урчит, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Ребенок посещает детский сад.

***Задания.***

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Ваша тактика по отношению к больному.

3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

**Эталон ответа к задаче №15.**

1. Острая кишечная инфекция, больше данных за дизентерию.

На основании типичной клинической картины: интоксикация, частый жидкий стул со слизью и тенезмами, болезненная и спазмированная сигмовидная кишка.

2. Госпитализация в инфекционный стационар.

3. Подача экстренного извещения в ЦГСЭН. Карантин 7 дней. Наблюдение за контактными: измерение температуры, наблюдение за стулом. Взять у контактных кал на кишечную группу. Текущая дезинфекция. Сан.просвет. работа с работниками дет. сада и родителями.

**Раздел 1. «Оказание акушерской помощи»**

Задача №1.

В машине скорой помощи, роженица после очередной потуги родила доношенную девочку.

Объективно, общее состояние удовлетворительное. АД -120/80 мм рт. ст. Пульс 80 уд мин. Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря приблизительно -100 - 150 мл. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется, при надавливании ребром ладони над симфизом не втягивается во влагалище.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.
3. Определите тактику ведения третьего периода родов.
4. Продемонстрируйте технику приема последа.

Эталон ответа.

1. Диагноз: роды срочные, третий период родов.

2. Признаки отделения плаценты от стенок матки:

- лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиня­ется - признак Альфельда;

- при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается «о влагалище - признак Кюстнера-Чукалова.

3. Тактика ведения третьего периода родов:

- опорожнить мочевой пузырь катетером,

- следить за АД пульсом, общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов, признаками отделе­ния плаценты, за кровопотерей.

4. Послед принимается при потуживании женщины согласно алгоритму.

Задача №2.

Вызов фельдшера скорой помощи к первобеременной М., 20 лет, с доношенной беременностью.

Жалобы на схваткообразные боли в животе, на­чавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: соматически здорова, менструальная функция без особенностей, беременность протекала в I и II половине без осложнений.

Объектив­но: вес 64кг, АД на обеих руках 120/80мм рт. ст., PS=72 удара в 1 минуту. Живот овоидной формы, ОЖ=100см, ВДМ=34см. В правой боковой стороне матки пальпи­руется гладкая, широкая поверхность, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается плотная, баллотирующая часть плода. Сердце­биение плода ясное ритмичное 136 ударов в 1 минуту, справа ниже пупка.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода.
3. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.
4. Продемонстрируйте технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа.

1. Диагноз: Роды I, срочные при беременности 40 недель. I период родов, продольное положение, II позиция, головное предлежание.

Диагноз подтверждается данными анамнеза, данными наружного исследования: живот овоидной формы, спинка справа над входом в малый таз баллотирующая, плотная часть плода, сердцебиение справа, ниже пупка.

2. При наружном акушерском исследовании определяются:

- продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой -мелкие подвижные бугорки.

1. II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа
2. предлежащая часть - головка, гак как пальпируется в виде крупной плотной баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка

3. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы - 320мл Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см (100 х 34 \* 3400 г).

4. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежаппя

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Алгоритм выполнения манипуляции изложен в акушерских стандартах.

Задача №3.

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет. Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120\80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
3. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
4. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Эталон ответа:

1. Диагноз: срочные роды, первый период родов. Внутриутробная гипоксия плода.  
Внутриутробная гипоксия плода диагностируется на основании:

- жалоб на усиленное шевеление плода.

- аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100уд\мин.

2. Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация в родильное отделение

- дача кислорода

3.Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.

Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):

сердцебиение плода, дыхание, цвет кожи, мышечный тонус,

рефлекторная возбудимость

4. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает: отсасывание слизи изо рта и из носа, двухмоментную обработку пуповины, профилактику гонобленнореи, антропометрию, пеленание, регистрацию

повторную профилактику гонобленнореи.

Задача № 4.

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы на потерю аппети­та, неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, умеренные безболезненные. Последняя менструация была 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160см, вес 57кг. Кожные покровы бледные, язык обложен беловатым налетом. АД 90/60мм рт. ст., PS=90 ударов в 1 минуту. Молоч­ные железы увеличены, напряжены. Рвота до 10 раз в сутки. Бимануальное исследо­вание: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшная, своды свободные. Тело матки в правильном положении, размяг­чено, увеличено до размеров головки новорожденного, придатки - без пальпаторных изменений. Выделения светлые, умеренные.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените состояние женщины.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Эталон ответа.

1.Диагноз: беременность 12 недель. Токсикоз I половины беременности, умеренная рвота.

Беременность подтверждается задержкой менструации в течение 3 месяцев, увеличением молочных желез, цианозом влагалища и шейки матки, матка увеличе­на, размягчена - вероятные признаки беременности. Потеря аппетита, рвота до 10 раз, сухая кожа, АД 90/60мм рт. ст. - подтверждают ранний токсикоз, умеренную рвоту.

1. Состояние женщины средней тяжести.
2. Тактика фельдшера:

- взятие на диспансерный учет по беременности,

- госпитализация беременной в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения токсикоза.

1. Пельвеометрия производится согласно стандарту выполнения манипуляции.

Задача №5.

На ФАП на очередной осмотр приглашена беременная женщина 19 лет, срок бе­ременности 32 недели. При сборе информации выявлено, что у беременной появи­лась жажда, уменьшение количества мочи и отеки на ногах.

Объективно: рост 158см, вес 62кг, за неделю прибавка массы тела составила 500г. АД 130/80, 125/90мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов патоло­гии не выявлено. На стопах и голенях отеки. ОЖ=75см, ВДМ=30см. Положение плода продольное, I позиция, предлежит головка, баллотирует над входом в малый таз, сердцебиение плода 130 ударов в минуту. При проведении пробы с сульфасалициловой кислотой в моче обнаружен белок.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Изложите принципы лечения данной патологии.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику выслушивания сердцебиения плода.

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Диагноз: беременность 32-33 недели, юная первобеременная, умеренная преэклампсия.

Диаг­ноз подтверждается появлением жажды, отеков, незначительного повышения АД, белка в моче, прибавкой массы за неделю 500г (в норме 300 г), что характерно для умеренной преэклампсии.

1. Тактика фельдшера: измерить АД, пульс,

- выслушать сердцебиение плода,

- срочно госпитализировать в ОПБ ЦРБ.

1. Принципы лечения:

- лечение только в стационаре,

- белково-витаминная диета с исключением соленых, острых, жареных блюд,

- мочегонные травы, седативные, гипотензивные препараты.

1. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в акушерских стандартах.

Задача № 6.

На прием к фельдшеру ФАПа пришла беременная С., 22 лет. Срок беременности 38 недель.

Жалобы на головную боль, ухудшение зрения.

При обследовании у беремен­ной появились мелкие, фибриллярные подергивания мышц лица, рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта - пена, окрашенная кровью. АД 170/100, 175/110мм рт. ст., приступ продолжался 1 минуту.

***Задания.***Оцените состояние беременной.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного введения сернокислой магнезии.

Эталон ответа.

1. Состояние беременной тяжелое.
2. Диагноз: Беременность 38 недель. Эклампсия.

Диагноз подтверждается наличием судорожного припадка, которому предшествовали симптомы преэклампсии: высокое АД, головная боль, нарушение зрения. Приступ длился в несколько этапов:

- фибриллярные подергивания мышц лица;

- тонические судороги,

- клонические судороги,

- кома.

3. Тактика фельдшера:

- оказание неотложной помощи на месте: ввести роторасширитель, фиксировать язык языкодержателем или ввести резиновый воздуховод для предупреждения западения языка,

- удерживать беременную во время судорог для предупреждения травм,

- при восстановлении дыхания убрать слюну, дать кислород,

- при остановке сердца – закрытый массаж сердца,

- контроль АД, ЧСС, пульса,

- ввести в/в в течение 5-10 мин. 4-6 г (20-24 мл) 25% раствора MgSO4 струйно, далее в/в капельно 20,0 мл в разведении NaCl 0,9% 250,0 мл, диазепам 20 мг в/в или в/м,

- инфузионная терапия, антигипертензивная терапия,

- транспортировка после снижения АД в специализированной машине.

4. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в акушерских стандартах.

*Задача №7*.

Фельдшер скорой помощи приехал па вызов к беременной Л. И., 23 лет.

Жалобы: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез: Беременность 20 недель. Начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной об­ласти, чаще справа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/80, 115/75 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце и легкие без патологии. Симптом Пастернацкого резко положитель­ный справа. Живот увеличен за счет беременности, положение плода неустойчивое.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите профилактические мероприятия данного осложнения.
3. Определите дальнейшую тактику фельдшера.
4. Объясните правила сбора мочи но Нечипоренко у беременной. Выпишите направление на обследо­вание мочи.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Беременность 20 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

Беременность и пиелонефрит устанавливаются па основании анамнеза, жалоб и клинических призна­ков.

Клинические признаки, указывающие на пиелонефрит: появление болей в поясничной области с 16 недель беременности, озноб и повышение температуры тела, частое болезненное мочеиспускание, положительный симптом Пастернацкого.

1. Профилактические мероприятия:  
   - взятие на учет в группу риска,

- провести обследование : общий анализ мочи, крови, УЗИ почек, биохимический анализ крови, проба по Нечипоренко, консультации специалистов (терапевта, нефролога, уролога),

- дородовая госпитализация за 10 дней до предполагаемого срока родов в обсервационное отделение родильного дома,

- срочная госпитализация при обострении на любом сроке.

- оздоровительные мероприятия: почечные травы, санация очагов инфекции, антибактериальные препа­раты, уросептики.

3. Дальнейшая тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в родильный дом в отделение патологии беременности.

4. Правила сбора мочи по Нечипоренко у беременных:  
приготовить стерильную баночку,

беременная должна подмыться с мылом, обсушить половые органы, во влагалище вставить ватный тампон, собрать среднюю порцию мочи.

Задача № 8.

Вызов на дом к беременной 30 лет. Беременность желанная.

Жалобы на маточное кровотечение, схваткообразные боли внизу живота. Анамнез: беременность IV. Родов: одни, абортов - два, медицинские. Последняя менструация 3 месяца назад. Со­стоит на учете по беременности. В течение последних 2 дней появились ноющие боли внизу живота, которые час назад приняли схваткообразный характер. Появилось кровотечение из половых путей.

Объективно: бледная, пульс 90 ударов в минуту, АД 90/60мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации. На подкладной - кровь.

***Задания.***

1. Оцените состояние беременной.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Подготовьте инструменты к выскабливанию полости матки.

Эталон ответа.

1. Состояние беременной средней тяжести.
2. *Диагноз:* беременность 12 недель. Самопроизвольный аборт в ходу. Кровотечение. Диагноз беременности подтверждается последней менструацией 3 месяца назад. Самопроиз­вольность аборта - желанной беременностью и женщина состоит на учете по бере­менности. Стадия аборта - схваткообразные боли в животе и обильное кровотече­ние.
3. Тактика фельдшера:

- уложить на носилки,

- подключить систему для внутривенного введения физраствора,

- ввести гемостатические препараты (дицинон, этамзилат),

- госпитализация в дежурное гинекологическое отделение.

1. Набор инструментов для выскабливания матки:
2. пинцет (корнцанг) для обработки наружных половых органов, влагалища;
3. стерильные шарики;
4. раствор антисептика;
5. ложкообразное зеркало, подъемник;
6. расширители Гегара;
7. кюретки № 4, 6;
8. лоток.

*Задача №9.*

Фельдшер ФАП вызван на дом к роженице 32 лет, срок беременности 33 недели. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Брак первый. Данная беременность третья. Первая беременность закончилась пять лет назад срочными родами, вторая беременность - два года назад искусственным абортом. Состоит на учете по поводу беременности у фельдшера с 12 недель. Беременность протекала без осложнений. Боли появились после физического напряжения (подъем тяжести).

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, АД 120/80 и 115/75 мм рт. ст. , пульс 85уд. в мин., окружность живота 80 см., высота стояния дна матки 30см., положение плода продоль­ное, предлежит головка, подвижная. При аускультации вы­слушиваем ясное сердцебиение плода, с частотой 130 ударов в мин. При пальпации матка в тонусе, про­должительность схваток по 25 сек. через 10 мин. Во время объективного исследования из половых путей начали подтекать светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
3. Перечислите возможные осложнения
4. Продемонстрируйте на фантоме технику пособия по Цовьянову-1 при тазовом предлежании.

Эталон ответа

1. Диагноз беременность 33 недели. Преждевременные роды. I период родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Срок беременности установлен по данным обменной карты и объективным данным. Окружность жи­вота - 80 см, высота дна матки - 30см, предполагаемая масса плода по формуле Жордания - 2 400 г. У жен­щины после физического напряжения началась родовая деятельность. Околоплодные воды отошли до нача­ла раскрытия шейки матки. Это указывает на преждевременное отхождение околоплодных вод.

2. Фельдшер обязан немедленно госпитализировать роженицу в специализированный родильный дом в положении лежа на боку.

С целью профилактики гипоксии недоношенного, незрелого плода необходимо провести оксигенотерапию.

3. При течении преждевременных родов возможны следующие осложнения: родовые травмы плода, аномалия родовой деятельности, затяжные или стремительные роды; кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

4. Выполнение манипуляции согласно алгоритму.

*Задача №10.*

Вызов к роженице 40 лет, рожает дома, роды в срок.

Жалобы, на схваткообразные боли в животе и пояснице, боли начались 6 часов назад.

Объективно, схватки частые, болезненные, к ним присоединились потуги. Матка напряжена, не рас­слабляется в паузах, нижний сегмент перерастянут, болезненный при пальпации, контракционное кольцо на уровне пупка, роженица беспокойная. Во время обследования внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот, после этого родовая деятельность прекратилась, появи­лось головокружение, слабость, АД 100/60 мм рт. ст. При аускультации сердцебиение плода не выслушива­ется, при пальпации через брюшную стенку живота определяются части плода.

Задания

1 Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

1. Составьте алгоритм действий оказания неотложной помощи.
2. Продемонстрируйте па фантоме технику ручного отделения плаценты и выделения последа.

Эталон ответа

1.Диагноз: роды I, срочные, первый период родов. Самопроизвольный разрыв матки. Мертвый плод.

Самопроизвольный разрыв тела матки установлен па основании клинических симптомов: сильных бо­лей внизу живота, подобных удару ножа; прекращения родовой деятельности; пальпации частей плода через брюшную стенку; признаков геморрагического шока.

2. Роженица нуждается в срочной операции.

Алгоритм действия фельдшера при оказании неотложной помощи: измерить АД, подсчитать частоту пульса; уложить роженицу па носилки;

транспортировку осуществляют при внутривенном введении плазмозамещающих растворов ( желатиноль, изотонический раствор хлорида натрия и другие);

передать сообщение по рации в роддом;

на машине с сиреной госпитализировать роженицу в акушерский стационар.

1. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в акушерских стандартах.

**Раздел задач «Оказание гинекологической помощи»**

Задача № 1.

Фельдшер ФАПа вызван к женщине 25 лет.

Жалобы на сильные боли внизу живота, повышение t°, обильные бели.

Анамнез: менструальная функция без особенно­стей, последняя менструация была 5 дней назад. Не замужем. Две недели назад было случайное половое сношение. Перед менструацией появились рези при мочеиспускании, лечилась, принимала таблетки фуразолидона. После менструации появились боли внизу живота, которые постепенно усилились, повысилась t°.

Объективно: состояние средней тяжести, PS=90 ударов в 1 минуту, t°=38,5°C, АД 120/80мм рт. ст. Кожа чистая, горячая на ощупь. Сердце и легкие без патологии. Пальпация нижних отделов живота болезненная.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Расскажите о методах лечения данной патологии.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Продемонстрируйте технику осмотра шейки матки в зеркалах.

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Предположительный диагноз: восходящая гонорея, острый гонорейный эндометрит.  
   Диагноз установлен на основании:
2. анамнеза (случайное половое сношение);
3. клинических симптомов (боли, рези при мочеиспускании уменьшились после самолече­ния фуразолидоном).

Менструация способствовала распространению инфекции за пределы внутреннего зева и возникновению эндометрита - боли в животе, повышение, болезненность при пальпа­ции, обильные бели.

1. Лечение комплексное:

- антибиотики пенициллинового ряда,

- десенсибилизирующая,

- дезинтоксикационная,

- общеукрепляющая терапия,

- местная терапия после снижения температуры (ванночки, свечи).

3. Тактика фельдшера: госпитализация в гинекологический стационар.

4. Техника осмотра шейки матки в зеркалах согласно стандарту выполнения манипуляции.

Задача № 2.

На ФАП обратилась женщина 25 лет.

Жалобы на боли, рези при мочеиспускании и обильные бели.

Анамнез: менструации с 13 лет по 4-5 дней через 30 дней. Были од­ни нормальные роды и один медицинский аборт. Замужем. Работа мужа связана с командировками, из последней вернулся 5 дней назад, у него также появились рези при мочеиспускании.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии, симптом Пастернацкого (-). При осмотре поло­вых органов обнаружен отек и гиперемия губок уретры. Пальпация уретры через переднюю стенку влагалища болезненна, она пальпируется в виде плотного валика, из уретры выделяется гнойный экссудат желтоватого цвета.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования при остром и хрониче­ском течении заболевания для подтверждения диагноза.
3. Составьте алгоритм действий фельдшера ФАП.
4. Продемонстрируйте на фантоме технику взятия мазков на гонорею.

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Предположительный диагноз: гонорейный уретрит. Диагноз устанавливается на основании
2. анамнеза (заболевание возникло через 5 дней после возвращения мужа из коман­дировки, у которого аналогичные симптомы);
3. наличия жалоб и клинических симптомов (боли и рези при мочеиспускании, обильные бели гнойного характера);
4. обследования (отечность и гиперемия уретры, болезненность при пальпации уп­лотненной уретры).
5. Дополнительные методы исследования:
6. посев белей на питательные среды;
7. проведение провокаций при подостром и хроническом течении
8. Алгоритм действия фельдшера:

- взять мазок на гонорею,

- направить к акушеру-гинекологу.

1. Техника взятия мазка на гонорею согласно стандарту выполнения манипуляции.

Задача № 3.

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка 22 лет.

Жалобы на зуд во влагалище, обильные бели.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 20 лет вне брака. Пять дней назад было случайное половое сношение.

Объектив­но: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые. Внутренние органы без патологии. Наружные половые органы развиты правильно, малые половые губы и слизистые влагалища ярко гиперемированы, отечны, во влагалище обильные пе­нистые выделения желто-зеленого цвета с неприятным запахом. Матка и придатки без особенностей.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Расскажите об основных методах лечения данной патологии.
3. Составьте алгоритм действия фельдшера.
4. Продемонстрируйте технику взятия мазка на степень чистоты.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Диагноз: трихомонадный кольпит.

Диагноз устанавливается на основании:

1. жалоб (боли, пенистые бели);

- анамнеза (случайное половое сношение);

- клинических симптомов (зуд во влагалище, бели, гиперемия и отек стенок влага­лища).

2. Лечение специфическое:

- препараты метронидазола, действующее на простейшие,

- противогрибковые препараты общего действия,

- местная терапия: спринцевания, свечи, таблетки с метронидазолом.

3. Алгоритм действия фельдшера:

- взять мазок на степень чистоты и гонококк,

- направить на консультацию к акушеру-гинекологу.

4. Техника взятия мазка на степень чистоты согласно стандарту выполнения манипуляции.

Задача №4.

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка 29 лет.

Жалобы на тупые, ноющие боли, чувство тяжести внизу живота, увеличение живота.

Анамнез: менструации с 19 лет, нерегулярные по 3-5 дней, болезненные. Замужем с 24 лет, в течение 5 лет при регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступала. В течение последних 6 месяцев появились боли в животе, наблюдается увеличение живота, беспокоит частое мочеиспускание.

Объективно: женщина пониженного питания, кожные покровы бледные, АД 110/70мм рт. ст., PS=80 ударов в 1 минуту. Живот увеличен в размере, при глубокой пальпации над симфизом справа через брюшную стенку пальпируется плотная бугристая опухоль.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите дополнительные методы исследования и лечения.
3. Определите тактику фельдшера ФАП.
4. Продемонстрируйте технику взятия мазка на онкоцитологию.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Диагноз: подозрение на опухоль яичника (псевдомуцинозная кистома). Опухоль заподозрена на основании анамнеза:
2. позднее наступление менархе;
3. нерегулярные, болезненные менструации;
4. первичное бесплодие 5 лет.

Псевдомуцинозная кистома подозревается на основании:

1. клинических симптомов (боли в животе, увеличение живота, пальпация опухоли);
2. одностороннее поражение, бугристая опухоль.
3. Дополнительные методы исследования:  
   - УЗИ;
4. лапароскопия;
5. ректально-абдоминальное исследование.

Лечение - хирургическое.

1. Тактика фельдшера: срочно направить на консультацию к акушеру-гинекологу.
2. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в стандартах.

Задача №5.

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы на беспорядочные кровянистые выделения, жидкие водянистые бели с примесью крови.

Анамнез: половая жизнь с 20 лет. Двое родов, девять медицинских абортов, последний 5 лет назад без осложнений. Последняя менструация была 2 недели назад. Считает себя больной 3 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, t°=36,7°C, PS=76 ударов в 1 минуту, АД 130/90-140/80мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Функция сердца, легких, ЖКТ, почек не нарушена. На зеркалах: шейка матки ци­линдрическая. На передней губе эрозия 1,5см на 2см ярко-красного цвета, ткани эрозии хрупкие, легко кровоточат и крошатся при контакте, ткани вокруг эрозии плотные инфильтрированные. При двуручном исследовании матка и придатки не изменены. Своды влагалища глубокие, свободные.

***Задания.***

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите дополнительные методы исследования и лечения данной патологии.
3. Определите тактику фельдшера ФАПа.
4. Перечислите инструменты для биопсии.

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Предположительный диагноз: рак шейки матки I стадии.

Клинические признаки:

- бели, беспорядочные кровянистые выделения;

- эрозия с инфильтрированными краями, легко кровоточивая и хрупкая при контак­те.

2. Дополнительные методы исследования: проба Шиллера, кольпоскопия, биопсия с последующим гистологическим исследованием, лимфография.

Лечение комбинированное: хирургическое, лучевое, гормональное.

3. Тактика фельдшера: успокоить пациентку; направить на консультацию к акушеру-гинекологу.

4. Инструменты для биопсии:

1. инструмент для обработки наружных половых органов;
2. влагалищные зеркала;
3. пулевые щипцы;
4. одноразовый скальпель;
5. емкость с формалином.

*Задача №6.*

Нa ФАП доставлена женщина 28 лет.

Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку.

Анамнез: считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90\55мм рт ст. Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера.
3. Подготовьте инструменты к пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Диагноз: прервавшаяся внематочная беременность.  
   Диагноз подтверждают:

- данные анамнеза: задержка менструации на пять педель;

- клинические симптомы: внезапно возникшие боли внизу живота, слабость и головокружение, тахикар­дия, гипотония, и обморок - свидетельствуют о внутреннем кровотечении, которое возникло при разрыве маточной трубы.

1. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить, опустив головной конец;

- на низ живота положить пузырь со льдом;

- ввести кровоостанавливающие средства (этамзилат, дицинон);

- немедленно госпитализировать в гинекологическое отделение.

1. Инструменты для пункции заднего свода влагалища:

**-** ложкообразное зеркало,

- зеркало-подъемник для выведения шейки матки,

- корнцанг для обработки стенок влагалища,

- пулевые щипцы для захватывания шейки*,*

- шприц с длинной иглой для прокола и отсасывания содержимого Дугласового кармана,

- спирт 70°,

- ватные шарики.

***Задача №7.***

Вызов к женщине 27 лет.

Жалобы: схваткообразные боли внизу живота, темные кровянистые выделения из половых путей, от­сутствие менструации в течение 5 недель.

Анамнез: Менструации с 13 лег без особенностей. Замужем. Были одни роды и три медицинских абор­та. Перенесенные заболевания - воспаление придатков матки.

***Объективно:*** состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. Живот вздут, в нижних отделах симптом IЦеткина-Блюмберга положительный.

Задания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера.
3. Подготовьте набор инструментов для пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа к задаче №7.

* + - 1. Диагноз: внематочная беременность, трубный аборт.

Диагноз установлен на основании

- анамнеза: отсутствие менструации в течение 5 недель (вероятный признак беременности).

- жалоб: приступы схваткообразной боли, после которой появляются кро­вянистые выделения из половых путей, темного цвета

- объективных симптомов внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, положительный симптом Шеткина-Блюмберга.

1. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить, опустив головной конец;

- на низ живота положить пузырь со льдом;

- ввести кровоостанавливающие средства (этамзилат, дицинон);

- немедленно госпитализировать в гинекологическое отделение;

- при транспортировке осуществлять внутривенное введение плазмозамещающих растворов;

- сообщить в стационар о предстоящей операции.

1. Инструменты для пункции заднего свода влагалища:

**-** ложкообразное зеркало,

- зеркало-подъемник для выведения шейки матки,

- корнцанг для обработки стенок влагалища,

- пулевые щипцы для захватывания шейки*,*

- шприц с длинной иглой для прокола и отсасывания содержимого Дугласового кармана,

- спирт 70°, ватные шарики.

*Задача №8.*

Вызов к женщине 42 лет.

***Жалобы:*** на сильные, постоянные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, продолжаются в течение 4 часов.

***Анамнез:*** менструальная функция без особенностей, было двое родов, 2 мед. аборта. В течение последних 7 лет жизни при регулярной половой жизни и без применения контрацептивов беременность не наступает.

***Объективно:*** состояние средней тяжести, положение вынужденное, АД 110/70мм рт.ст., пульс 90 уд/мин. Сердце и легкие без особенности Живот слегка вздут, напряжен, не участвует в акте дыхания, при пальпации резкая болезненность, особенно в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положитель­ный. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером с куриное яйцо, малоподвижное, резко болезненное.

Задания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действия фельдшера.
3. Продемонстрируйте технику осмотра шейки матки в зеркалах.

Эталон ответа к задаче №8.

* + - 1. *Диагноз:* перекрут ножки кисты (кистомы) яичника. Острый живот.

Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования: острое начало заболевания, постоянные, сильные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, определение опухолевидного образования при пальпации правой подвздошной области.

* + - 1. Алгоритм действий фельдшера:

- уложить на носилки;

- на низ живота положить пузырь со льдом;

- немедленно госпитализировать в гинекологическое отделение;

- сообщить в стационар о предстоящей операции.

* + - 1. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в стандартах.

*Задача №9.*

Па ФАП доставлена женщина 32 лет.

Жалобы на слабость и острые боли внизу живота, которые более выражены слева. Боли возникли внезапно час назад.

Анамнез: больная стоит на диспансерном учете по поводу хронического воспаления придатков матки. Последняя менструация была две недели назад.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа бледная. АД 95/60 мм рт ст. Пульс 98 уд/мин. Живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм действия фельдшера скорой помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику бимануального исследования.

Эталон ответа к задаче №9.

Диагноз - апоплексия яичника. Геморрагический шок I стадии.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза (стоит на диспансерном учете по поводу воспаления придатков матки; последняя менструация была 2 недели назад, что указывает на период овуляции).

Диагноз подтверждают клинические симптомы: слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония, острые боли внизу живота,

симптом раздражения брюшины - положительный симптом IЦеткина-Блюмберга.

Геморрагичекий шок подтверждают: АД 95/60 мм рт. ст, тахикардия, бледность кожных покровов.

* + - 1. Алгоритм действия фельдшера.

- уложить, опустив головной конец;

- на низ живота положить пузырь со льдом;

- ввести кровоостанавливающие средства (этамзилат, дицинон);

- немедленно госпитализировать в гинекологическое отделение.

* + - 1. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в стандартах.

Задача №10.

Вызов к женщине: упала на острый предмет на стройке.

Жалобы на боли в области половых органов, кровотечение.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, стонет, АД 95/60мм рт. ст., PS=100 ударов в 1 минуту. В области лобка, больших половых губ гематома и рваная рана.

***Задания.***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте алгоритм действия фельдшера скорой помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра наружных половых органов.

Эталон ответа к задаче № 10.

1. Диагноз: травма половых органов, гематома, рваная рана наружных половых органов, кровотечение.

Диагноз устанавливается на основании:

1. анамнеза - падение на острый предмет;
2. объективно - симптомы малокровия, гематома, рваная рана в области половых ор­ганов.
3. Алгоритм действий фельдшера:

- провести первичную обработку раны,

- наложить асептическую Т-образную повязку,

- положить холод на область гематомы через повязку,

- срочно госпитализировать на носилках в гинекологическое отделение,

- при транспортировке осуществлять инфузионную терапию плазмозамещающими растворами.

1. Алгоритм выполнения манипуляции изложен в стандартах.

**Вопросы к экзамену по ПМ.02**

1. Артериальная гипертензия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение и уход. Профилактика.
2. Атеросклероз и облитерирующий эндартериит. Причины. Факторы риска. Клинические проявления. Диагностика. Диетотерапия. Лечение и уход. Профилактика.
3. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Осложнения язвенной болезни желудка: клиника перфоративной язвы, желудочного кровотечения. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Желчнокаменная болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Диетотерапия. Лечение и уход. Неотложная помощь при желчной колике. Профилактика.
5. Острый и хронический пиелонефрит и гломерулонефрит. Этиология. Клиника. Диагностика. Диетотерапия. Лечение и уход. Профилактика.
6. Сахарный диабет. Причины , способствующие факторы. Клиника. Диагностика. Диетотерапия. Лечение и уход. Профилактика.
7. Железодефицитная анемия. Этиология. Клиника. Диагностика. Диетотерапия. Лечение и уход. Профилактика.
8. «Синдром острого живота»: причины, основные симптомы, тактика фельдшера при «остром животе».
9. Абсцесс и флегмона, фурункул и карбункул: определение, клинические проявления, тактика фельдшера при оказании неотложной помощи.
10. Перитонит: этиология, основные симптомы перитонита. Лечение перитонита, особенность ухода в периоперативном периоде.
11. Острый панкреатит, острый аппендицит.: этиология, клиника, Тактика фельдшера при оказании первой медицинской помощи. Лечение, профилактика.
12. Черепно-мозговые травмы: классификация, обще-мозговые симптомы. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга, клиника, лечение, уход.
13. Почечная колика: причины, клинические проявления, тактика фельдшера при оказании неотложной помощи, препараты для купирования почечной колики.
14. Кровотечения. Классификация кровотечений. Методы временной остановки артериального кровотечения. Критерии правильно наложенного жгута.
15. Местная хирургическая патология: раны, классификация ран, течение раневого процесса. Виды заживления ран. Первая медицинская помощь при случайной ране. Показания для ППС.

16. Самопроизвольный выкидыш. Лечение, неотложная помощь, профилактика.

17. Преждевременные роды. Ведение, неотложная помощь, профилактика.

18. Послеродовый мастит. Лечение, особенности ухода, тактика фельдшера ФАП.

19. Опущение и выпадение матки и влагалища. Лечение, профилактика.

20.Апоплексия яичника. Лечение, неотложная помощь фельдшера скорой помощи.

21.Травмы женских половых органов. Лечение, неотложная помощь фельдшера.

1. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Лечение, профилактика.
2. Рахит. Клиническая картина Лечение.
3. Бронхиальная астма у детей. Клиническая картина. Степени тяжести. Клиника астматического статуса. Лечение, уход и наблюдение. Неотложная помощь при приступе.
4. Корь. Краснуха. Скарлатина. Клиническая картина. Лечение. Уход. Организация противоэпидемических мероприятий в очаге.
5. Дифтерия. Клиническая картина. Лечение. Уход. Организация противоэпидемических мероприятий в очаге дифтерии.
6. Вирусный гепатит А,В,С. Клиническая картина. Принципы лечения. Прогноз.
7. ВИЧ-инфекция. Причины, клинические проявления. Принципы лечения. Прогноз.
8. COVID-19. Пути заражения. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
9. Правила госпитализации больных при различных инфекционных заболеваниях. Госпитализация на дому: показания и условия.